

DANIELA LORENZZONI

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL AO PORTADOR DE FISSURA DE LÁBIO E/OU
PALATO NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS
2007**

DANIELA LORENZZONI

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL AO PORTADOR DE FISSURA DE LÁBIO E/OU
PALATO NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: ARNO LOCKS, DR.

CO-ORIENTADORA: DANIELA LEMOS CARCERERI, DRa.

FLORIANÓPOLIS
2007

L869a Lorenzzoni, Daniela

Avaliação do sistema de referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no estado de Santa Catarina / Daniela Lorenzzoni; orientador Arno Locks. – Florianópolis, 2007.

142 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Opção Saúde Coletiva.

Inclui bibliografia.

1. Fissura palatina. 2. Fenda labial. 3. Saúde bucal. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde pública. I. Locks, Arno. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.314-089

AGRADECIMENTOS

Expresso toda a minha gratidão àqueles que, de diferentes formas, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Agradeço a **Deus**, por preservar a minha vida, pela minha família, meus amigos, por iluminar o meu caminho e coroar os meus esforços com muita saúde e amor.

Agradeço a minha querida família: ao meu pai **João Mário**, pelo exemplo de família, caráter, honestidade e simplicidade. A minha mãe **Maria Helena**, pelo exemplo de garra, perseverança, dedicação e incentivo. As minhas irmãs **Grasielle** e **Michele**, pela compreensão, incentivo e amizade. Obrigada pela nossa união e presença sempre, apesar das distâncias.

Ao **Prof. Arno Locks** obrigada pela orientação, pela confiança depositada durante o curso e desenvolvimento deste trabalho, pela disposição e receptividade, pelo carinho e alegria com que sempre me recebeu e, sobretudo, pelo compromisso assumido.

À querida **Profa. Daniela Lemos Carcereri**, agradeço em aceitar a orientação deste trabalho. Pelos seus ensinamentos, pelo exemplo de competência e garra; pela disponibilidade em todas as etapas e pela confiança depositada. Pelo acolhimento, amizade, carinho e toda a sua dedicação e cuidado revelados em atitudes singelas. Obrigada pelo brilho que transmite. Por todas as contribuições em meu crescimento profissional e pessoal.

Aos **professores** do Programa de Pós-graduação em Odontologia em Saúde Coletiva que contribuíram para a minha formação acadêmica.

Aos colegas de Mestrado, **Sidnei, Franklin, Schelle, Graziela**, obrigada pelas demonstrações de amizade, por compartilhar idéias, angústias e, sobretudo pelo aprendizado. Em especial, quero agradecer a **Daniela** e **Patrícia** pela grande amizade construída, pelas alegrias compartilhadas, pelo carinho, apoio e companhia. **Paty**, muito obrigada pelas tuas contribuições na construção deste trabalho. E pelo teu ombro amigo e alegria que transmite!

Agradeço a minha querida amiga **Elaine** que, mesmo estando longe está sempre presente, me apoiando em todas as situações. Obrigada pela tua amizade, e pelas tuas contribuições em meu trabalho.

À amiga **Renata**, por compartilhar minhas dúvidas, minhas dificuldades, pela companhia e, sobretudo pela grande amizade construída.

A todos os amigos do grupo de Saúde da Família, agradeço a acolhida e pelo compartilhamento de idéias; em especial a **Anemarie, Maria Carolina e Fernanda**, pelo apoio e amizade e compreensão pelos momentos de ausência.

Agradeço aos colegas da PMF pelo apoio na coleta dos dados, em especial a **Rita**, pelo apoio, carinho e compreensão.

À **Marynes Reibnitz** e à **Denise Vizzotto**, pela dedicação, apoio e carinho com que me receberam e contribuíram para a coleta dos dados da pesquisa.

Aos coordenadores das regionais das SMS pelo apoio na coleta dos dados.

À equipe do Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais (NPRL) de Joinville, ao **Josué**, pelo modo solícito com que fui recebida e, em especial a coordenadora **Lígia Nunes** pelo apoio e disponibilidade na coleta dos dados, pelo acolhimento, carinho e dedicação com que sempre me recebeu. Também agradeço o carinho e acolhida de todos os cirurgiões-dentistas do NPRL.

À equipe do Núcleo de Atendimento à Paciente com Deformidade Facial (NAPADF), professores, funcionários (**Nei** e **Julia**) pelo carinho com que sempre me receberam.

Muito obrigada aos **pacientes portadores de Fissura de Lábio e/ou Palato (FLP)** e seus **pais**, pela confiança depositada, pelo carinho e disponibilidade, por abrir seus corações de forma humilde, porém com palavras preciosas que contribuíram para este trabalho.

MUITO OBRIGADA!

*Perseverança é aprender,
Aprender é praticar,
Praticar é repetir,
Repetir é ganhar experiência,
Experiência é crise,
Crise é prova,
Prova é fortalecimento,
Fortalecimento é liberdade,
Liberdade é criar do nada,
Criar do nada é transformar,
Transformar é caminho e fim ao mesmo tempo.*

Rudolf Steiner

LORENZZONI, Daniela. **Avaliação do sistema de referência e contra referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no Estado de Santa Catarina**. 2007. 142f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

RESUMO

As fissuras labiopalatais constituem um dos defeitos congênitos mais frequentes da região de cabeça e pescoço. Resultam em uma série de seqüelas que podem acompanhar o portador durante toda a vida apresentando ônus em termos de morbidade, estigmatização e exclusão social. O tratamento requer um acompanhamento contínuo desde o nascimento até a fase final do crescimento com o objetivo de prevenir e tratar transtornos estéticos, funcionais e psico-sociais, sendo que o cirurgião-dentista participa de todas as fases da reabilitação. O objetivo do trabalho foi avaliar o sistema de referência e contra-referência procurando conhecer as possibilidades para a implementação do atendimento integral ao portador de fissura de lábio e/ou palato (FLP), referente às ações e serviços odontológicos no âmbito do SUS. Avaliar o sistema de referência e contra-referência implicou em avaliar o sistema propriamente dito e o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas envolvidos no estudo. A metodologia envolveu a utilização de questionários dirigidos aos cirurgiões-dentistas envolvidos na atenção ao portador de FLP nos três níveis de atenção à saúde e uma entrevista semi-estruturada dirigida aos pais de crianças portadoras de FLP. Os resultados demonstram que há fragilidades referentes ao processo de trabalho bem como à organização do funcionamento do sistema. Os mecanismos de referência e contra-referência são realizados por meios formais e informais, porém sem a garantia do acesso aos serviços requeridos nos três níveis de atenção. Problemas de ordenação e hierarquização do sistema e de iniquidade de acesso aos serviços, tornam a atenção fora do alcance de muitos pacientes e famílias. O processo de trabalho evidencia uma prática centrada em medidas curativo/assistenciais onde há fragmentação do tratamento o qual fica restrito à assistência realizada pelas especialidades e, a atuação da atenção básica, quando realizada, é centrada em atendimentos pontuais.

Palavras-chaves: Fissura labiopalatal, Saúde Coletiva, Odontologia.

LORENZZONI, Daniela. **Reference and contra-reference system evaluation in dental health care for the cleft lip/palate carrier in the State of Santa Catarina.** 2007. 142f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

ABSTRACT

The cleft lip/palate is one of the most frequent congenital defects on the head and neck parts. They result in a series of sequelae that the affected person can carry for all his life, exacerbating the morbidity, stigmatization and social exclusion aspects. The treatment requires a constant evaluation from birth to the final development stage, its aim is prevent and treat the aesthetic, functional and psychological and social problems. The Dental Surgeon integrates all the rehabilitation stages. The aim of this study was to analyse the reference and contra-reference system to find the possibilities for implementation of the total health care of the FLP carrier, reporting to the actions and dental services at the SUS (Health Unique System). Evaluate the reference and contra-reference system implicated in evaluating all the health system and dental surgeon work process. The methodology involved the question/answer mechanism applied to the Dental Surgeons involved in the FLP carrier care in the three levels of health care and a structured interview directed to the carriers' parents. The results present fragilities related to the work process and organization of the system operation. The reference and contra-reference mechanisms are realized by formal and informal methods, but without the guaranty of access to the required services in the three levels of health care. Problems in organization and hierarchy of the system and iniquity in access to the services result in many patients and their families without treatment. The work process brings out a practice focused in curative procedures that results in treatment fragmentation and restricts the realization of assistance by the specialities. Furthermore, the basic attention is focused in punctual treatment when realized.

Keywords: Cleft lip/palate, Public Health, Dentistry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Equipe multiprofissional envolvida na atenção ao portador de FLP.....	29
Figura 2: Níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS.....	43
Figura 3: Delimitação do estudo.....	59
Figura 4 – Porcentagem em relação ao total de cirurgiões-dentistas respondentes de acordo com o nível de atenção e a quantidade de pacientes portadores de FLP atendidos.....	72
Figura 5 – Valor médio do grau de dificuldade encontrado pelos cirurgiões-dentistas para a realização dos procedimentos relacionados.....	77
Figura 6. Porcentagem das informações quanto à dificuldade encontrada pelos cirurgiões-dentistas para realizar o encaminhamento.....	81
Figura 7. Porcentagem de informações associadas à contra-referência do encaminhamento	82
Figura 8. Porcentagem em relação ao total de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção quanto à forma de encaminhamento.....	83
Figura 9 – Valor médio do grau de dificuldade encontrado pelos cirurgiões-dentistas, ao exercício das atividades com relação ao tratamento do paciente portador de FLP.....	85
Figura 10 – Valor médio do grau de responsabilidade encontrado para as responsabilidades profissionais dos cirurgiões-dentistas com relação ao paciente portador de FLP.....	87

Figura 11: Associação entre cidades e grupo de profissionais da atenção básica sobre as necessidades para o adequado atendimento ao portador de FLP.....91

Figura 12: Associação entre cidades e grupo de profissionais das especialidades sobre as necessidades para o adequado atendimento ao portador de FLP.....91

Figura 13: Esquema proposto por Merhy109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Composição dos participantes segundo cidades e grupo de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção em que trabalham.....	68
Tabela 2. Distribuição dos cirurgiões-dentistas participantes quanto ao sexo.....	69
Tabela 3. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas e probabilidades do teste qui-quadrado para a associação entre nível de atenção e sexo.....	69
Tabela 4. Distribuição dos cirurgiões-dentistas participantes quanto ao tempo de atuação no serviço público.....	69
Tabela 5. Composição de respostas quanto à realização de curso de pós-graduação pelos cirurgiões-dentistas.....	70
Tabela 6. Frequências e porcentagens das informações recebidas pelos cirurgiões-dentistas sobre FLP.....	70
Tabela 7. Frequências e porcentagens em relação ao total de profissionais e probabilidades do teste para diferença entre duas proporções dos cirurgiões-dentistas que trabalham em nível de especialidade e na atenção básica com informação recebida sobre FLP.....	70
Tabela 8. Frequência de cirurgiões-dentistas da atenção básica quanto à realização do atendimento ao portador de FLP e tempo de serviço público.....	71
Tabela 9. Frequência e porcentagem quanto ao número de pacientes portadores de FLP que foram atendidos pelos cirurgiões-dentistas.....	71

Tabela 10. Frequências e porcentagens das informações associadas à situação em que o paciente mais costumeiramente se apresenta no atendimento.....72

Tabela 11. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção e probabilidades do teste para diferença entre duas proporções para os itens quanto à situação do paciente, ação realizada e instituição de encaminhamento.....74

Tabela 12. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas e de acordo com o nível de atenção e probabilidades do teste exato de Fisher para a associação entre nível de atenção com os procedimentos relacionados e selecionados de acordo com o grau de dificuldade para a sua realização.....79

Tabela 13. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção e probabilidades do teste exato de Fisher para a associação entre nível de atenção e contra-referência.....83

Tabela 14. Frequências e porcentagem em relação ao total de cirurgiões-dentistas em cada nível de atenção e probabilidades do teste exato de Fisher para a associação entre nível de atenção e as dificuldades para executar as atividades.....86

Tabela 15. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas em cada nível de atenção para a associação entre nível de atenção e responsabilidades.....88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Quadro representativo dos sujeitos participantes no estudo.....	62
Quadro 2: Categorias de respostas sobre o que é necessário para o adequado atendimento ao portador de FLP.....	66
Quadro 3: Categorias, sub-categorias e elementos de análise.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACF	Anomalia Craniofacial
ACPA	American Cleft Palate-Craniofacial Association
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPID	Centro de Estudo e Pesquisa em Implantes Dentários
DATASUS/MS	Departamento de Informática/Ministério da Saúde
ECLAMC	Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EUROCLEFT	Standards of Care for Cleft lip and Palate in Europe
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FLP	Fissura de Lábio e/ou Palato
FL	Fissura Labial
FP	Fissura Palatal
FUNCRAF	Fundação para Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais
HRAC/USP	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo
HU	Hospital Universitário
HR	Hospital Regional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAPADF	Núcleo de Atendimento à Paciente com Deformidade Facial
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NPRL	Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG Organização não-governamental

PAB Piso da Atenção Básica

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PRISF Programa de Residência Integrada em Saúde da Família

PROFIS Sociedade de Promoção Social do Fissurado Labiopalatino

RJ Rio de Janeiro

RRTDCF Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais

SAS Secretaria de Assistência à Saúde

SC Santa Catarina

SIA/SUS Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SOP Serviço de Odontopediatria

SP São Paulo

SUS Sistema Único de Saúde

TFD Tratamento Fora do Domicílio

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. PROPOSIÇÃO	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivo Específico	20
3. REVISÃO DA LITERATURA	21
3. 1. A FISSURA DE LABIO E/OU PALATO	21
3.1.1 Etiologia	21
3.1.2 Classificação	25
3.1.3 Epidemiologia.....	26
3.1.4 Tratamento Multidisciplinar.....	28
3.2. ATENÇÃO AO PORTADOR DE FISSURA DE LABIO E/OU PALATO	35
3.2.1 Experiências Internacionais e Recomendações da Organização Mundial da Saúde	35
3.2.2 A atenção à saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde (SUS).....	39
3.2.2.1 A organização do acesso aos serviços de reabilitação: a referência e a contra-referência.....	42
3.2.2.2 A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde	48
3.2.2.3 A Integralidade na atenção ao portador de Fissura de Lábio e/ou Palato	51
4. METODOLOGIA	58
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	68
5.1 REFERENTE AOS PROFISSIONAIS.....	68
5.1.1 Descrição da taxa de respostas obtidas	68
5.1.2 Identificação dos cirurgiões-dentistas participantes do estudo.....	68
5.1.3 Avaliação do processo de trabalho.....	71
5.1.4 Avaliação do sistema de referência e contra-referência.....	81
5.1.5 Opinião dos profissionais envolvidos no estudo.....	86
5.2 REFERENTE AOS USUÁRIOS.....	92
5.2.1 Aspectos relacionados ao sistema de referência e contra-referência.....	93
5.2.2 Aspectos relacionados ao processo de trabalho.....	101

5.2.3 Aspectos relacionados ao usuário.....	110
6. CONCLUSÃO.....	112
7. RECOMENDAÇÕES.....	114
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	124
ANEXOS	131

1 INTRODUÇÃO

A formação da face e da cavidade oral ocorre na fase embrionária; é de natureza complexa e envolve o desenvolvimento de múltiplos processos teciduais que devem se unir e se fundir de modo extremamente ordenado. Os distúrbios no crescimento desses processos teciduais ou na sua fusão podem resultar na formação de fendas orofaciais, mais comumente chamadas de Fissuras Labiopalatinas (NEVILLE *et al.*, 2004).

Esta patogênese começa no final da quinta semana intra-uterina, período em que os processos nasais medianos e os processos maxilares se unem, sendo completada somente na décima segunda semana do desenvolvimento fetal; constitui um dos defeitos congênitos mais frequentes da região de cabeça e pescoço (MOORE; PERSAUD, 2004).

A prevalência das fissuras de lábio e/ou palato (FLP) pode variar bastante de acordo com o grupo étnico e a região geográfica. Em todo o mundo é estimado entre 1 e 2 indivíduos afetados para cada 1000 nascimentos (SILVA; FREITAS; OKADA, 2000).

Embora tenha sido descrita pela primeira vez há quase dois séculos, sua etiologia não se encontra claramente estabelecida (LEITE; PAUMGARTTEN; KOIFMAN, 2005). Há evidências de que fatores genéticos e ambientais atuam em associação ou não na origem das FLP (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992).

Quando o defeito acomete a face, resultam numa série de seqüelas que podem acompanhar o portador durante toda a sua vida. Alterações estéticas, alterações funcionais na sucção, deglutição, mastigação, respiração, fonação, audição e alterações emocionais, influenciando de modo prolongado e adverso na saúde e na integração social do portador (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992).

O tratamento é complexo e oneroso, pois requer acompanhamento de longo prazo e o emprego de alta tecnologia. Embora o custo da atenção à saúde nessa área seja elevado, os custos do não-tratamento ou do tratamento ineficiente das anomalias craniofaciais são também enormes. O ônus em termos de morbidade, distúrbios emocionais, estigmatização e exclusão social recaem não só sobre o portador, mas também sobre sua família e sobre a sociedade (WHO, 2002).

Após o nascimento, inicia-se uma longa trajetória na busca pelo tratamento de reabilitação que vai até a fase adulta (SILVA; FREITAS; OKADA, 2000), envolvendo várias especialidades que compõem uma equipe multiprofissional a qual deve estar atuando através de um processo de trabalho interdisciplinar (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO,

1992), objetivando propiciar ao indivíduo portador dessa deformidade o necessário ajustamento à sociedade. O tratamento exige inúmeras intervenções terapêuticas envolvendo várias especialidades as quais compõe a equipe multiprofissional: a medicina (anestesiologia, cirurgia plástica, clínica médica, genética, otorrinolaringologia, pediatria); odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese), fonoaudiologia; psicologia; serviço social; enfermagem; fisioterapia; nutrição (BRASIL, 1994).

A necessidade da atuação do cirurgião-dentista em todas as fases do tratamento afirma essa anomalia ser de especial interesse pela classe odontológica (FROES FILHO *et al.*, 2003).

É fundamental um acompanhamento continuado e de longo prazo do paciente e sua família a qual necessita ser acolhida por toda a equipe de profissionais de saúde através de tratamento, acompanhamento e encaminhamentos necessários realizados através do Sistema Único de Saúde (SUS). Os serviços de saúde estão organizados em níveis crescentes de complexidade tecnológica que compõe os três níveis de atenção no âmbito do SUS (atenção básica, centros especializados e hospitais). A relação entre os serviços é estabelecida pelo sistema de referência e contra-referência onde, segundo estudo realizado por Maeda (2002), constatou que eles ocorrem através de meios formais (seguindo o fluxo dos encaminhamentos estabelecidos pelo sistema) e informais (através de meios diversos que extrapolam o fluxo formal) e mostram não garantir o acesso aos distintos níveis de atenção à saúde.

Contudo, às práticas dos serviços estão estruturadas com bases no modelo hegemônico de assistência em saúde, cujo tratamento do indivíduo ocorre de maneira fragmentada.

É possível que as necessidades não estejam sendo plenamente atendidas, seja devido às dificuldades enfrentadas para a manutenção de um cronograma regular de consultas de prosseguimento do tratamento, particularmente na área de reabilitação, seja devido à falta do estabelecimento de vínculos com a equipe e com os serviços, ou ainda, às distâncias geográficas a serem vencidas até os centros especializados (MONLLEÓ; LOPES, 2006).

Diante dessas considerações, justifica-se o presente trabalho como uma contribuição para o reconhecimento da situação atual enfrentada pelos portadores de FLP no Estado de Santa Catarina (SC), durante a trajetória percorrida na busca pela reabilitação. Procura identificar aspectos frágeis e potenciais, relativo à funcionalidade sistema de referência e

contra-referência e ao processo de trabalho vivenciado pelos cirurgiões-dentistas envolvidos nas ações e serviços odontológicos no âmbito do SUS. Espera-se que esse estudo forneça subsídios para a implementação e consolidação de uma atenção mais integral aos portadores de FLP.

2 PROPOSIÇÃO

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar o sistema de referência e contra-referência procurando conhecer as possibilidades para a implementação do atendimento integral ao portador de fissura de lábio e/ou palato (FLP), referente às ações e serviços odontológicos no âmbito do SUS.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar as fragilidades e potencialidades da atenção odontológica ao portador de FLP nos três níveis de atenção à saúde;
2. Descrever os mecanismos do sistema de referência e contra-referência;
3. Detectar as lacunas relativas ao conhecimento pelo cirurgião acerca da FLP;
4. Identificar a trajetória percorrida pelo portador de FLP e sua família, durante a busca pela reabilitação.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A FISSURA DE LÁBIO E/OU PALATO

3.1.1 Etiologia

A formação da face e da cavidade oral ocorre na fase embrionária e envolve o desenvolvimento de múltiplos processos teciduais que devem se unir e se fundir de modo extremamente ordenado (NEVILLE *et al.*, 2004).

A partir da migração das células da crista neural se forma o tecido conectivo e o esqueleto da face (durante a terceira semana de vida intra-uterina) (LETTIERI, 1993) e, o desenvolvimento da face inicia na quarta semana, onde estão presentes os 5 primórdios faciais ou boca primitiva: eminência fronto-nasal, 2 processos maxilares e 2 processos mandibulares. A mandíbula é a primeira estrutura a ser formada. A partir da quinta semana ocorre a fusão dos processos nasais e processos maxilares. O palato desenvolve-se a partir de dois primórdios: o palato primário e o palato secundário (MOORE, 2004).

O palato primário desenvolve-se no final da quinta semana intra-uterina a partir da porção mais interna do segmento intermaxilar. Esse segmento, formado pelos processos nasais medianos, vai construir a porção anterior da maxila, a qual contém os dentes incisivos, originando somente uma pequena parte do palato duro no adulto. O palato primário é o primórdio dos palatos duro e mole e estende-se da região do forame incisivo para trás. Desenvolvem-se a partir de duas projeções horizontais do mesoderma que se estendem das faces internas dos processos maxilares, chamados processos palatinos laterais. Essas estruturas em forma de placa, também chamadas de lâminas palatinas, inicialmente se dirigem para baixo, a cada lado da língua. À medida que os maxilares e o pescoço se desenvolvem, a língua se desloca para baixo. A partir da sétima semana, enquanto ocorre a palatogênese, os processos palatinos laterais se alongam e se dirigem para uma porção horizontal superior a língua, aproximando-se um do outro e fundindo-se na linha média. Eles também se fundem com o palato primário e com o septo nasal (THORNTON; NIMER; HOWARD, 1996).

Com a insuficiência do desenvolvimento dos processos nasais e maxilares há uma interrupção na evolução do lábio superior, provocando a fissura labial, que pode ser uni ou bilateral. A insuficiência da fusão dos processos nasais medianos e processos maxilares

causam a fissura palatal (PINHEIRO JUNIOR *et al.*, 2003).

Esta patogênese começa no final da quinta semana de vida intra-uterina (período em que os processos nasais medianos e os processos maxilares se unem) e se completa somente na décima segunda semana do desenvolvimento fetal, sendo o período mais crítico para a ocorrência de má-formação de palato, o que vai da sexta até o início da nona semana (MOORE; PERSAUD, 2004).

Embora as fendas orofaciais sejam uma das malformações congênitas mais freqüentes e tenham sido descritas pela primeira vez há quase dois séculos, sua etiologia não se encontra claramente estabelecida. Existem evidências que fatores genéticos e ambientais atuam em associação ou não na origem das fendas labiopalatais (BARONEZA *et al.*, 2005; CAPELOZZA; SILVA, 1992; LEITE; PAUMGARTTEN; KOIFMAN, 2005).

A explicação etiológica das FLP considera a interação entre os fatores genéticos e ambientais como determinantes essenciais para o desenvolvimento dessas anomalias: o componente genético, por exercer influência no padrão de desenvolvimento embrionário, e os teratógenos ambientais, pela interferência que causam no organismo materno, induzindo ou protegendo o feto de defeitos congênitos (FERREIRA; LEITE, 2004).

Existem vários estudos sobre a ocorrência desta anomalia em diferentes países, sendo que fatores ambientais são alvos de constantes estudos, parecendo ter alguma influência no desenvolvimento das FLP não-sindrômicas, aspectos referentes à sazonalidade, à classe social, à etnia, à idade dos pais, ao peso ao nascer, ao tabagismo, à ingestão de medicamentos, poluição, ocupação, consumo de bebidas alcoólicas, ingestão de drogas, doenças da mãe, exposição a herbicidas/pesticidas na lavoura, hereditariedade (LOFFREDO; FREITAS; GRIGOLLI, 2001).

Em um estudo realizado por Leite, Paumgarten e Koifman (2005), onde foi avaliada a associação do aumento da freqüência de fendas orofaciais com a exposição a diferentes grupos de medicamentos e condições de saúde materna no período de um ano prévio à gestação ou durante o seu primeiro trimestre. Os dados encontrados indicaram um potencial efeito teratogênico no uso de certas drogas como antibióticos (penicilinas biossintéticas, ampicilinas e tetraciclina), antifúngicos (nistatina) antiinflamatórios (diclofenaco sódico e potássico), grupos de drogas diversas (broncodilatadores como fenoteno, salbutamol). Os resultados também demonstraram elevação do risco de nascimento de crianças portadoras de FLP típicas de mães com história de malformação, infecções ginecológicas, epilepsias/convulsões, viroses. Dentre outros fatores ambientais, a

exposição a medicamentos parece ter importante ação no mecanismo que interfere no desenvolvimento embriológico.

Ferreira e Leite (2004) relataram em seus estudos que os fatores ambientais de risco que apresentam a maior relação com essas malformações são o consumo de álcool na gestação, alguns medicamentos (corticosteróides e anticonvulsivantes) e substâncias tóxicas (solventes, herbicidas, pesticidas agrícolas), porém, em função da multifatorialidade dessas malformações, concluíram que tais afirmativas devem ser vistas com reservas e mais estudos devem ser desenvolvidos para uma melhor elucidação dessas deformidades faciais.

A exposição crônica a compostos como inseticidas, pesticidas, herbicidas, solventes de uso industrial e doméstico, é reconhecida como um fator de risco para a saúde humana, cuja toxicidade pode resultar em abortos espontâneos malformações congênitas, doenças degenerativas e neoplasias (ROJAS; OJEDA; BARRAZA, 2000).

Na literatura, relata-se que o tabagismo e o consumo de álcool durante a gestação como importantes fatores ambientais que podem contribuir para o aumento da chance de desenvolver uma má-formação facial e que, segundo estudo realizado por Baroneza *et al.* (2005), a ação teratogênica do efeito do cigarro é a mesma na fissura pré, pós e transforame incisivo; porém, embora as evidências não sejam inteiramente consistentes dessa associação, os vários malefícios do hábito de fumar somando ao aumento no risco do desenvolvimento das más-formações devem ser considerados.

Ao associar idade dos pais no período da concepção como um fator de risco ao desenvolvimento da FLP, há controvérsias entre os dados publicados na literatura. Furlaneto e Pretto (2000) encontraram, em relação à idade dos pais e das mães dos pacientes afetados, à época de concepção, não haver diferenças em relação à idade de pais e mães da população em geral. Já outros estudos encontraram uma relação positiva em relação à idade paterna apresentar um maior fator de risco ao desenvolvimento de FLP do que a idade materna (BLANCO-DAVILA, 2003; BARONEZA *et al.*, 2005).

Lofiego (1992) relata que a maior incidência de fissuras (todos os tipos) ocorre entre as mães com idade acima de 40 anos e pais com mais de 45 anos, embora a fissura labial, considerada isoladamente, não ter apresentado correlação com a idade dos pais. Há, porém, relacionamento positivo quando se considera a fissura labial associada à fissura palatina e a fissura palatina isoladamente.

Shaw *et al.* (1991) apresentaram evidências de que mulheres acima de 35 anos tinham um risco duas vezes maior de ter um filho com FLP, e mulheres acima de 39 anos

teriam três vezes mais possibilidade de ter um filho com palato fendido, quando comparado com mulheres com idades entre 25 e 29 anos.

Em relação à hereditariedade, a prevalência cresce com a presença de história familiar pregressa de FLP (LEITE; PAUMGARTTEN; KOIFMAN, 2005; SOUZA-FREITAS *et al.*, 2004) onde, Pinheiro Júnior *et al.* (2003) estabelecem a seguinte proporção: pais normais têm 0.1% de chance de ter filhos com fissura; pais normais e um filho com fissura tem 4,5% de chance de ter outro filho portador de fissura e um dos pais e um filho com fissura têm 15% de chance de ter outro filho com fissura. Há um risco de recorrência empírico, sendo maior quanto maior for o número de afetados na família, quando mais grave for a lesão, quando o sexo afetado for o menos prevalente, quanto mais próximo for o parentesco entre o afetado da família e o paciente (JORDE *et al.*, 2004; SOUZA-FREITAS *et al.*, 2004).

Todos os profissionais da saúde devem estar cientes deste fato ao lidar com famílias com casos anteriores de fissura e anomalias congênitas, para oferecer informações quanto à prevenção através de acompanhamento pré-concepção e pré-natal e aconselhamento genético (SOUZA-FREITAS *et al.*, 2004; JUNQUEIRA, 2006).

As FLP podem ocorrer isoladamente ou podem estar associadas a outras anomalias. As FLP e FP sindrômicas ocorrem, em média, em 15 % dos casos. Foram identificadas mais de 350 síndromes de desenvolvimento que podem estar associadas à FLP. Nesses casos é mais comum haver fissura de lábio e palato concomitantemente do que fissuras labiais ou palatinas isoladas, sendo mais comum as bilaterais do que as unilaterais. Geralmente são casos esporádicos e não familiares e é alta a incidência de abortos na família (GORLIN; COHEN; HENNEKAN, 2001).

As anomalias mais frequentemente associadas são a síndrome de Pierre Robin e a síndrome de Van der Woude, (SHPRINTZEN *et al.*, 1985; MILERAD *et al.*, 1997; FURLANETO; ROBINSON; BORGES-OSÓRIO, 2003), as quais podem ocorrer como um fenômeno isolado ou ainda podem estar associadas a outras anomalias (NEVILLE *et al.*, 2004).

Sandrini *et al.* (2006), ao realizar um estudo de pacientes com anomalias associadas às fissuras labiopalatais, quarenta por cento (40%) da amostra era composta por portadores de fissura labiopalatinas associadas a anomalias maiores (associações, seqüências, síndromes e cromossoopatias) e 60% a anomalias menores. O total de pacientes com anomalias associadas às fissuras com envolvimento de lábio e palato foi significativamente

maior do que aqueles com anomalias associadas às FL e às FP isoladamente. Os mesmos autores sugerem a necessidade de adotar no país um registro nacional de anomalias congênitas com notificação compulsória o qual deveria compreender, dentre outras, informações sobre o período gestacional materno e a história familiar dos indivíduos afetados, o que poderia contribuir para a obtenção de dados mais consistentes que permitam estabelecer possíveis fatores ambientais envolvidos na etiologia das FLP.

Com a identificação dos genes candidatos para FLP e a prevenção a partir do controle ambiental, poderá haver uma melhor prevenção e uma maior objetividade no aconselhamento genético, sendo esse um importante instrumento na educação em saúde e na prevenção, quando se orienta a família sobre a possibilidade de ocorrerem novos casos (RIBEIRO; MOIREIRA, 2005).

3.1.2 Classificação

A classificação mais utilizada atualmente no Brasil, é a formulada por Spina (1972) a qual tem como ponto anatômico de referência o forame incisivo, local onde ocorre a junção na formação de toda a região labiopalatal. Segundo essa classificação, as FLP são divididas em quatro grupos: Grupo I: fissura pré-forame incisivo; Grupo II: fissura transforame incisivo; Grupo III: fissura pós-forame incisivo. Há ainda um quarto grupo denominado de fissuras raras da face, que são malformações faciais que criam fissuras em áreas distantes do lábio superior e do palato.

Grupo I: As **fissuras pré-forame incisivo**, localizadas a frente do forame incisivo, são exclusivamente labiais, sendo originárias embriologicamente do palato primário podendo atingir lábio e rebordo alveolar. Podem ser unilaterais, bilaterais ou medianas, completas ou incompletas, dependendo se atingirem ou não o forame incisivo.

Grupo II: As **fissuras transforame incisivo** atingem todo o lábio e todo o palato. Podem ser unilaterais ou bilaterais, dividindo a maxila em dois segmentos quando unilateral e, em três segmentos, quando bilateral. De maior gravidade, apresenta o rompimento completo do palato primário e secundário. Elas rompem a maxila em toda a sua extensão, desde o lábio até a úvula, havendo uma ampla comunicação da cavidade bucal com a nasal (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992).

Visto que as fissuras medianas podem também envolver o palato, como tem sido mencionado na literatura e corroborado na prática diária com fissurados, Silva Filho *et al.*,

(1992) apresentaram uma sugestão de modificação para o grupo de fissuras transforame incisivo, acrescentando ao mesmo as fissuras transforame incisivo medianas, devido ao fato destas se apresentarem na área do forame incisivo, preservando a filosofia da classificação de SPINA.

Grupo III: As **fissuras pós-forame incisivo** podem ser completas ou incompletas, dependendo do envolvimento total do palato ou somente do palato mole. São fendas palatinas, em geral medianas, que podem situar-se apenas na úvula, palato primário ou envolver o palato secundário; nas fissuras completas, o palato duro e o palato mole estão totalmente fendidos até o forame incisivo sem, contudo, atingir o rebordo alveolar (BARONEZA *et al.*, 2005).

Essas fissuras são distintas dos demais grupos por não apresentarem problemas estéticos (não há rompimento da estrutura peribucal), mas apenas distúrbios funcionais (mecanismo velofaringeano), caracterizado pela nasalização da fala (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992).

Grupo IV: As **fissuras raras da face** acontecem, mas representam raridade em relação às FLP. Podem ser transversais ou oblíquas e envolverem outras estruturas faciais como lábio inferior, nariz, bochecha, pálpebra, orelha, ossos do crânio e da face como o frontal, nasal, etmóide, malar e temporal.

3.1.3 Epidemiologia

As fissuras labiopalatinas são defeitos congênitos comuns entre as malformações que atingem a face do ser humano e ocorrem com uma prevalência média entre 1 e 2 indivíduos brancos para cada 1000 nascimentos. Estudos do Hospital de Referência para Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) em Bauru, São Paulo, conhecido como “CENTRINHO”, mostra que as más formações congênitas do lábio e/ou palato situam-se entre o terceiro e quarto defeito congênito mais freqüente, sendo que em nosso meio parece ocorrer em uma grandeza de 1:650 nascimentos (NAGEM FILHO; MORAES; ROCHA, 1968).

De acordo com o Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC), que realiza a vigilância epidemiológica dessas condições em maternidades voluntárias, a prevalência de FLP no Nordeste e Sul do Brasil varia entre 9,72 e 11,89 por 10 mil habitantes, enquanto que no Sudeste, varia entre 5,39 e 9,71 por 10 mil

habitantes. As fissuras palatais variam de 2,41 a 3,08 por 10 mil habitantes no Nordeste e Sul, e de 3,09 a 5,01 por 10 mil habitantes no Sudeste (CASTILLA; LOPEZ; PAZ, 1995) sendo resultados concordantes com outras populações (CORREA; EDMONDS, 2002).

Loffredo *et al.* (1994), ao estimar a prevalência de FLP no Brasil no período de 1975 a 1994, utilizando como fonte de pesquisa as bases de dados DATASUS, do IBGE e do HRAC em Bauru (SP) encontraram, nesse período, 16.853 casos, produzindo um coeficiente de 0,19 por 1000 nascidos vivos.

De acordo com a base de dados DATASUS, de 1995 a 2005, foram registrados no Brasil um total de 10.993 casos, com um coeficiente variando entre 0,13 a 1,00 casos para cada 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2006a).

Nunes (2005) ao avaliar a prevalência de fissuras labiopalatais no município de Campos dos Goytacazes-RJ em crianças nascidas entre 1999 a 2004, encontrou uma relação de 1,35 casos por 1000 nascidos vivos, com 55,6% pertencentes ao gênero masculino.

França e Locks (2003), ao avaliar a incidência de fissuras labiopalatais em crianças nascidas na cidade de Joinville (SC) no período de 1994-2000, encontraram uma relação de 1,24 por 1000 nascidos vivos. A fissura pós-forame incisivo foi mais prevalente (40,28%), seguida da transforame incisivo (30,56%), fissura pré-forame incisivo (22,22%), fissura pré e pós-forame incisivo (4,17%) e a fissura mediana (2,78%).

É mais comum encontrarmos casos de fissura de lábio e palato (45% dos casos) do que fissura palatina (FP) isolada (30% dos casos) ou fissura labial (FL) isolada (25% dos casos) (LIMA, 2000; SILVA; BORDON; DUARTE, 2003), resultados semelhantes também foram encontrados em outros estudos (LOFFREDO; FREITAS; GRIGOLLI, 2001; FREITAS *et al.* 2004; FURLANETO; PRETO, 2000).

Há uma relação positiva entre fissura de palato e o gênero feminino, sendo o gênero masculino o mais afetado pelos outros tipos de fissura (FREITAS *et al.* 2004; FRANÇA e LOCKS, 2003; DERIJCKE; EERENS; CARELS, 1996; BARONEZA *et al.*, 2005; NEVILLE, 2004; FURLANETO; PRETTO, 2000; SANDRINI *et al.* 2006; FURLANETO; ROBINSON; BORGES-OSÓRIO, 2003; CERQUEIRA *et al.*, 2005). Uma explicação para a maior prevalência de fissuras palatinas no sexo feminino pode ser atribuída ao fato de que o palato primário e secundário fechar com mais rapidez no embrião masculino humano (NEVILLE, 2004) sendo que o embrião feminino fica exposto a um maior tempo na presença de agentes ambientais associados a fatores genéticos pode ocasionar a má-formação (LARY; PAULOZZI, 2001).

Cerca de 80% dos casos de FL são unilaterais, e 20% bilaterais (NEVILLE, 2004) e, o lado esquerdo é o mais acometido (FURLANETO; PRETO, 2000; CERQUEIRA *et al.*, 2005; NAGEM FILHO; MORAES; ROCHA, 1968; DERIJCKE; EERENS; CARELS, 1996).

Há predomínio pela raça branca. Em sua maioria apresentam-se isoladas podendo, em menor proporção, estar associadas a síndromes / associações / seqüências / cromossomopatias (FURLANETO; PRETO, 2000; FURLANETO; ROBINSON; BORGES-OSÓRIO, 2003; DERIJCKE; EERENS; CARELS, 1996).

Em se tratando de classe social, há estudos evidenciando que o baixo nível sócio-econômico é um fator de risco para as anomalias congênitas tais como as fissuras, uma vez que essa população está mais exposta aos fatores de risco, o que pode demonstrar predisposição a FLP por estar ligada a fatores ambientais (DRESSLER; SANTOS, 2000; SOUZA-FREITAS *et al.*, 2004; LOFIEGO, 1992; NUNES, 2005; SILVA, 2006; CERQUEIRA *et al.*, 2005).

3.1.4 Tratamento Multidisciplinar

Após o nascimento, o portador de FLP inicia uma longa trajetória na busca pela reabilitação, envolvendo várias especialidades que compõem os três níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS, com o objetivo de obter adequada reabilitação estético-funcional e a sua integração social, psicológica e profissional. O tratamento abrange o período compreendido entre seu nascimento e o início da idade adulta (SILVA; FREITAS; OKADA, 2000).

A reabilitação compõe um conjunto de ações de atenção à saúde onde são necessárias as seguintes áreas e referidas especialidades: medicina (anestesiologia, cirurgia plástica, clínica médica, genética, otorrinolaringologia, pediatria) e enfermagem; odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese), nutrição, fonoaudiologia; psicologia; fisioterapia; serviço social (BRASIL, 1994). Essas áreas devem trabalhar integradas, com o objetivo de dar ao paciente o melhor tratamento (FREITAS, 2006). (Figura 1)



Figura 1: Equipe multiprofissional envolvida na atenção ao portador de FLP.

Segundo Silva, Freitas e Okada (2000), o ponto de partida para a trajetória reabilitadora está no seio da família. Antes que a criança se enquadre no protocolo básico de tratamento, a família atingida necessita ser acolhida por toda a equipe de profissionais de saúde que deve dar o suporte necessário para abrandar suas inquietações e devolver a estabilidade emocional perdida – sentimentos comuns advindos do impacto com o nascimento do filho com fissura.

A **pediatria** apresenta importante trabalho no diagnóstico inicial e posterior encaminhamento para um centro especializado. Atua na avaliação do estado clínico geral, solicitando exames complementares e controle nutricional do paciente que será submetido aos procedimentos cirúrgicos (NÚCLEO DE PESQUISA E REABILITAÇÃO DE LESÕES LABIOPALATAIS, 2007).

A alta incidência de casos de FLP e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar com a atuação e integração efetiva do cirurgião-dentista, participando de todas as fases do tratamento, afirma esta patologia como de especial interesse para a classe odontológica (FROES FILHO *et al.*, 2003).

Segundo Guimarães, Fonseca e Ferreira (2003), o cirurgião-dentista é um profissional que está presente no pré e pós-operatório desses pacientes. O seu trabalho vai desde o aconselhamento aos pais para a promoção da saúde bucal, até a intervenção para controle das doenças bucais e atendimento especializado na reabilitação cirúrgica,

ortodôntica e protética.

Para o metódico exercício de reabilitação, é necessária uma série de cirurgias reparadoras para corrigir a deformidade, tanto no âmbito estético (lábio, nariz, face) quanto no âmbito funcional (palato), as quais iniciam com as cirurgias primárias (queiloplastia e palatoplastia). A queiloplastia (cirurgia reparadora do lábio) é realizada por volta de 3 meses de idade ou quando a criança atinge peso corporal em torno de 5 quilos; no caso de fissuras unilaterais, é realizada em um único tempo, nas bilaterais é efetuada em dois tempos – 3 e 6 meses de idade (BERTIER; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

A criança não deve ser submetida à queiloplastia antes dos 3 meses de vida, pois a partir dessa idade ela apresenta melhores condições para se submeter à cirurgia como: ter aproximadamente 5 Kg, maior quantidade de tecido muscular para o retalho, taxa de hemoglobina de 10 mg, uma contagem de leucócitos mais constante do que um recém-nascido e boa condição de saúde geral (SILVA FILHO, 1995).

A palatoplastia (cirurgia reparadora do palato) é realizada por volta de 12 meses de idade e, a queiloplastia definitiva mais columela são realizadas a partir dos 6 anos de idade. Também é comum neste período a cirurgia secundária de palato, que visa minorar os insucessos comuns da primeira cirurgia (CAPELOZZA FILHO *et al.* 1992; SILVA FILHO; ALMEIDA, 1995).

O aconselhamento **genético** também deve ser realizado a fim de orientar o paciente e a família sobre os aspectos médicos da doença, incluindo o risco de recorrência, diagnóstico pré-natal, complicações, indicação de grupos de apoio, terapia e prognóstico (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

A **odontologia** é responsável pela promoção da saúde, bem como pelo diagnóstico e tratamento das doenças bucais existentes, recuperação dos dentes através de restaurações e reposições de dentes ausentes nos arcos dentários, procedimentos cirúrgicos e ortodônticos. Estão envolvidas as seguintes especialidades: clínica geral, periodontia, odontopediatria, dentística, endodontia, implantodontia, cirurgia bucomaxilofacial, ortodontia e prótese.

Para a total reabilitação do paciente é fundamental a prevenção de doenças bucais como a cárie dentária e doença periodontal, uma vez que os portadores de FLP apresentam um risco aumentado em desenvolvê-las (SILVA, 2006) ocasionadas pelo conjunto de fatores biopsicossociais.

Há influência de fatores biológicos como a ausência congênita de dentes e/ou presença de dentes supranumerários (RIBEIRO; MOREIRA, 2005) e várias maloclusões e

anomalias dentárias que podem ocorrer junto com a FLP (JONES, 1988), bem como o posicionamento atípico dos dentes e a presença de uma fibrose cicatricial na região do reparo cirúrgico além da própria fenda, constituindo fatores que dificultam a limpeza, compondo um meio favorável de desenvolvimento de infecções e doenças nos tecidos bucais como a cárie e doenças gengivais (SILVA; BORDON, DUARTE, 2003; VILELA, SACRAMENTO; GOMIDE, 1996; ALVES, 2004; LAGES, MARCOS, PORDEUS, 2000).

A maioria dos portadores de FLP apresenta desvio de septo nasal, com bloqueio de uma ou de ambas as passagens aéreas. Eles respiram, portanto, principalmente pela boca. Ao se submeter à cirurgia para correção da fissura, apresenta o lábio superior com pouca mobilidade, dificultando o acesso à boca, tanto para o dentista quanto para o paciente higienizar (JACOBSON; ROSENSTEIN, 1970).

Devido à falta de recobrimento labial normal, com a exposição direta ao ar ambiente e o conseqüente ressecamento, é bastante comum encontrarmos os dentes vizinhos à área da fissura acometidos de amplos processos cariosos, e não raramente perdidos precocemente, complicando o prognóstico do tratamento (ROCHA; TELLES, 1990).

As conseqüências das fissuras podem ser minoradas, senão evitadas, desde que o paciente seja assistido, de preferência logo após o nascimento por uma equipe interdisciplinar (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992).

O comprometimento da saúde dos tecidos bucais, seja pela cárie dentária ou pela doença periodontal, causa vários prejuízos para o paciente. A primeira implicação ocorre com a realização das cirurgias, que devem ser realizadas com a adequada condição bucal para evitar a contaminação da área cirúrgica, prejudicial para o período de recuperação pós-cirúrgica, bem como ocasionar perdas dentárias precoces que só vêm a dificultar ainda mais o tratamento e complicar o prognóstico (ROCHA; TELLES, 1990).

A complexidade da fissura trás conseqüências estéticas e funcionais que justificam o maior número de cirurgias primárias e secundárias para a total reparação, bem como a participação obrigatória da ortodontia para resolver problemas morfológicos inerentes à fissura e agravados pelas cirurgias primárias (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992).

As chamadas cirurgias secundárias incluem retoques de cirurgias já realizadas com finalidade estética ou funcional, fechamento de fístula e faringoplastias (SILVA FILHO *et al.* 1995).

Entre 9 e 12 anos de idade, é realizado o enxerto ósseo secundário (corresponde ao

preenchimento da fissura alveolar residual com osso autógeno, geralmente osso medular esponjoso retirado da crista ilíaca) na região atingida pela fissura (linha utilizada no HRAC em Bauru, pois consideram que o enxerto ósseo primário interfere no crescimento da face). Este procedimento visa dar sustentação aos dentes que serão deslocados no tratamento ortodôntico, ou também para os casos em que há necessidade de implante dental (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992).

O tratamento ortodôntico é realizado até o término do crescimento facial. “A intervenção ortodôntica deve ser parte integrante de um plano de tratamento global para o paciente onde também a cirurgia e prótese sejam concomitantemente consideradas” (ROCHA; TELLES, 1990).

A atresia do arco dentário superior começa a se manifestar no final da dentadura decídua ou início da dentadura mista e agrava-se na dentadura permanente. Diante dessas alterações morfológicas induzidas pelos procedimentos cirúrgicos, a conduta adotada no Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-palatais é iniciar o tratamento ortodôntico (mecanoterapia) de preferência no início da dentadura mista. Na dentadura decídua corrigem-se apenas as mordidas cruzadas com desvio funcional da mandíbula e as atresias que já comprometem severamente a face média da criança (SILVA FILHO, 1995).

A ortodontia é fundamental uma vez que a atenção ao crescimento facial é de suma importância, pois, as cirurgias primárias, principalmente a queiloplastia, podem reduzir o potencial de crescimento da maxila causando efeitos drásticos nas fissuras completas unilaterais de lábio e palato (CAPELOZZA FILHO; SILVA FILHO, 1992).

De uma forma geral, as condutas ortodônticas no paciente portador de FLP objetivam minimizar e resolver os maus posicionamentos dentais localizados próximos à região da fissura ao mesmo tempo em que se proporciona uma melhora na conformação e relacionamento do arco dentário superior e inferior. O tratamento ortodôntico busca, desta forma, estabelecer a estética pelo posicionamento adequado dos dentes, ao mesmo tempo em que confere apoio labial sem, contudo, trazer influências nocivas ao potencial de crescimento (ROCHA; TELLES, 1990).

Outro fator a ser considerado é a alimentação do portador de FLP, que muitas vezes é difícil, sobretudo quando a família ainda não foi orientada. Os problemas mais comuns são: sucção inadequada por falta de pressão intra-oral; tempo de mamada prolongada e regurgitação. O aconselhamento precoce sobre as melhores técnicas alimentares mostra que os filhos de famílias bem orientadas crescem mais, alimentam-se mais facilmente, e que a

ansiedade dos pais é menor. O aleitamento natural é possível em crianças portadoras de FLP e deve ser estimulado, desde que a criança consiga sugar e a mãe se sinta à vontade para amamentar. Embora mais trabalhoso que a mamadeira, o aleitamento materno é recomendado pelo seu valor nutritivo e qualidade antibacteriana, auxiliando na prevenção de infecções, sobretudo a do ouvido médio, comum nos portadores dessa malformação (ARARUNA; VENDRÚSCULO, 2000). Além disso, o movimento de sucção da mamada promove o desenvolvimento da musculatura orofacial, mesmo não havendo pressão intra-oral pelo contato direto da cavidade oral e nasal (RIBEIRO; MOREIRA, 2005). Essa tarefa deve ser exercida pelos profissionais da saúde como a nutrição, enfermagem, pediatria, psicologia e odontologia (SILVA; FREITAS; OKADA, 2000).

É comum os pacientes apresentarem dificuldades para se alimentar, não tolerando grandes quantidades de alimento. Há necessidade de uma dieta enriquecida para que a criança não fique desnutrida, o que pode aumentar o risco de infecções e dificultar a cicatrização cirúrgica. O **nutricionista** é o principal indicado para calcular as necessidades protéicas e calóricas diárias para manter o bom estado clínico do paciente (RIBEIRO; MOREIRA, 2005), uma vez que a adequada orientação em relação à alimentação é fundamental para a criança; visto que muitos pacientes apresentam um ganho de peso insuficiente e, para que seja possível a realização da queiloplastia, é necessário que a criança atinja peso corporal em torno de 5 kg e palatoplastia em torno de 9 Kg; para isso, muitas vezes, a nutrição é composta de um padrão alimentar com alto valor calórico, sendo o mais acessível e de baixo custo o açúcar acrescentado à mamadeira, o uso de mucilagem, multimisturas também repletos de carboidratos cariogênicos. Também há elevado consumo de sucos de frutas cítricas para combater quadros de anemia (DALBEN; COSTA; GOMIDE, 2002), fatores estes que contribuem para a queda do pH bucal, favorecendo o processo de desmineralização dos tecidos dentais tornando o meio bucal propício para o desenvolvimento da doença cárie (DALBEN *et al.* 2003).

Os portadores de FLP têm risco de apresentarem problemas com a alimentação, fala, ressonância, audição e estética. Os comprometimentos na aparência decorrentes das condições básicas da fissura causam sérios desvios anatômicos, funcionais e psicossociais, decorrentes de variações na etiologia e gravidade da fissura, podendo também ser decorrentes de seqüelas das várias formas de tratamento (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

Após as cirurgias corretivas e estéticas, a atuação da **fisioterapia** é fundamental, pois realiza massagens e exercícios de mímica facial, que auxiliam na cicatrização,

mobilidade do lábio e irrigação local, prevenindo a ocorrência de perda funcional (NÚCLEO DE PESQUISA E REABILITAÇÃO DE LESÕES LABIOPALATAIS, 2007).

A **fonoaudiologia** atua no período pré-cirúrgico realizando orientações aos pais e no pós-cirúrgico através do tratamento fonoterápico visando à correção de distúrbios articulatorios e a adequação da voz. O tratamento fonoaudiológico precoce tem como objetivo principal ajudar nos estímulos sensoriais, principalmente na parte anterior da cavidade bucal para evitar que os movimentos compensatórios sejam fixos e influenciem na aquisição da fala. De acordo com experiência vivida na clínica, a fala e audição tendem a melhorar com o fechamento precoce da fissura. A ressonância nasal acentuada, alteração bastante comum nos pacientes com FLP, também pode ser minimizada ou até evitada se houver o fechamento da fissura em tempo adequado, geralmente até os dois anos de idade (RIBEIRO; MOREIRA, 2005).

A **psicologia** é outra disciplina de papel fundamental na completa reabilitação do portador de FLP, fornecendo o suporte necessário que o paciente e família necessitam para que possam superar os traumas decorrentes dos problemas estéticos e funcionais. Segundo Viana, Giacomoni, Rashid (1994), o nascimento de criança com malformação provoca uma crise familiar, não somente pelas dificuldades de cunho médico, mas também porque o bebê não corresponde às expectativas de saúde e perfeição dos pais e da sociedade. Apontam sentimentos e reações intensas de culpa, impotência, tristeza e ambivalência por parte das mães em sua longa jornada acompanhando as crianças pelos diversos tipos de tratamento.

As alterações na estética e fonética geralmente acarretam outros problemas de origem psicossocial como: o isolamento, dificuldades escolares e/ou econômicas, levando o portador de FLP a sérios desajustes sociais. O **serviço social** atua de forma dinâmica com o paciente e família, oferecendo o suporte técnico adequado para uma vida comunitária dentro da normalidade (NÚCLEO DE PESQUISA E REABILITAÇÃO DE LESÕES LABIOPALATAIS, 2007). Assume os desafios de empreender uma prática social educativa e política de enfrentamento às questões sociais, tendo como meta contribuir para a inclusão dos portadores de anomalias craniofaciais nas políticas sociais, viabilizando especialmente o acesso aos serviços de saúde e reabilitação (GRACIANO; TAVANO; BACHAGA, 2007).

Segundo Graciano, Tavano e Bachaga (2007), as estratégias e táticas de ação, no trato da questão social, sob princípios e práticas democráticas, buscam a consolidação e a ampliação dos direitos de cidadania. A ação do assistente social centra-se no levantamento

de questões, a partir das necessidades e manifestações dos usuários, que exigem reflexões, estabelecendo relações de situações pessoais com situações coletivas e/ou de grupo e dessas, com a realidade social.

3.2. ATENÇÃO AO PORTADOR DE FISSURA DE LABIO E/OU PALATO

3.2.1. Experiências Internacionais e Recomendações da Organização Mundial da Saúde

Em anos recentes, o estudo e tratamento das FLP e de outras anomalias craniofaciais tem recebido particular atenção da Organização Mundial da Saúde (OMS). Uma série de reuniões realizadas em busca de posições de consenso e que contam com a participação de especialistas de todo o mundo resultou na elaboração de recomendações para o tratamento das fissuras. Nos documentos recomendados pela OMS (ANEXO A) estão definidas as condutas mínimas de tratamento e enfatizada a necessidade da atuação de equipes multidisciplinares compostas por especialistas com treinamento específico. Os princípios básicos de assistência não chegam a ser revolucionários; alcançar um padrão de excelência não é uma tarefa fácil; (SHAW; SEMB, 2007) descrevem protocolos de cuidados, diretrizes e estrutura organizacional dos serviços, referidos ao nível de centros especializados.

Segundo Monlleó (2004), na Europa, o primeiro estudo internacional sobre resultados da assistência a portadores de FLP foi publicado em 1992. Neste estudo verificou-se que a assistência era centralizada em países nórdicos e descentralizada na França, Alemanha e Reino Unido (SHAW *et al.*, 2001).

Segundo Shaw e Semb (2007), através do “Projeto Eurocleft”, um programa de cooperação, financiado pela União Européia foi desenvolvido com o propósito de aprimorar conhecimentos a respeito do tratamento das fissuras. As principais dificuldades identificadas na condução desse projeto, que envolveu vários países da Europa foram: a) O egotismo (o senso exagerado por parte de alguns membros da equipe sobre a infalibilidade de suas condutas) e a recusa em descontinuar a prática de tratar poucas crianças ao ano; b) a competição entre as especialidades no sentido de garantir a hegemonia da área, isto é, cirurgias plásticas, cirurgias bucomaxilofaciais, cirurgias pediátricas e otorrinolaringologistas; c) as vaidades locais, como hospitais, cidades e regiões se recusando a abrir mão de seu próprio serviço ou equipe local; d) a falta de lideranças; e) a

necessidade de hospitais de ensino cobrir um espectro maior de práticas clínicas; f) a falta de colaboração das autoridades de saúde em nível local e nacional.

Documentos produzidos pelo EUROCLEFT foram posteriormente adotados pela OMS (WHO, 2002) em sua conferência de consenso sobre qualidade da assistência e organização de serviços na área de Anomalia Craniofacial (ACF). Entre estes documentos estão estabelecidos os seguintes critérios mínimos de composição de equipes de assistência aos portadores de FLP (SHAW *et al.*, 2001; WHO, 2002):

1. Cirurgia;
2. Odontologia;
3. Otorrinolaringologia;
4. Terapia de fala e linguagem;
5. Suporte neonatal e aconselhamento;
6. Enfermagem neonatal;
7. Pediatria do desenvolvimento;
8. Genética clínica.

O documento Policy Statements (ANEXO A), relata as condutas dos profissionais envolvidos no tratamento do portador de FLP onde os mesmos devem fornecer informações, esclarecimentos do tratamento, cuidado, responsabilidades, ou seja, dita as diretrizes organizacionais e institucionais de prestação de serviços ao portador de FLP. Refere que o acesso ao tratamento não deve depender do paciente poder pagar por ele e ressalta que a cooperação do paciente e orientações do profissional é fundamental para obter sucesso nos resultados (WHO, 2002).

O documento “Practice Guidelines” (ANEXO A), se refere ao suporte terapêutico necessário ao paciente e família durante o tratamento, à organização dos serviços através de uma equipe multidisciplinar de especialistas, bem como aos recursos que devem estar disponíveis para dar cobertura aos cuidados da criança portadora de FLP: suporte emocional, cuidado neonatal, cirurgia, fonoaudiologia, genética, pediatria, gasto com a viagem, cuidados odontológicos em geral, tratamento de ortodontia e prótese (WHO, 2002).

Na América do Norte, as primeiras iniciativas para chamar a atenção do poder público para a complexidade da assistência à criança com necessidades especiais, partiram dos cirurgiões gerais dos Estados Unidos, cujo marco foi uma publicação contendo recomendações sobre o comprometimento com a assistência, inclusive no que se refere ao financiamento do tratamento; encorajamento para a constituição de serviços comunitários;

capacitação adequada dos profissionais envolvidos; formação de coalizões com estabelecimento de protocolos para melhoria da oferta e da qualidade do serviço e definição de diretrizes para a realização de pesquisas e para a disseminação de informações sobre aspectos da assistência à saúde dessas crianças (ACPA, 2000).

Segundo Monlleó (2004), o trabalho teve início em maio de 1991, com uma conferência de consenso, envolvendo profissionais com experiência nesta área, representantes de pacientes e famílias, representantes de minorias e agências governamentais envolvidas no financiamento da assistência à saúde. O documento final foi ratificado pelos participantes e aprovado pelo conselho executivo da ACPA. Este documento é periodicamente revisado tendo em vista a incorporação de mudanças no conhecimento científico na área das ACF (ACPA, 2000).

A versão revisada de abril de 2000 define os seguintes princípios fundamentais na assistência ao portador de FLP e (ou) outras anomalias craniofaciais (ACPA, 2000):

- a) O melhor modelo de assistência é realizado por equipe interdisciplinar;
- b) Os melhores resultados são alcançados por equipes que têm maior demanda de pacientes/ano;
- c) O primeiro atendimento deverá ser realizado idealmente nas primeiras semanas ou, quando possível, nos primeiros dias de vida;
- d) Todo esforço deve ser feito, já no primeiro contato com a família, para auxiliá-la no ajustamento à criança;
- e) Familiares devem receber toda informação sobre os procedimentos terapêuticos, opções, fatores de risco, benefícios e custos do tratamento, visando à tomada de decisões informadas e a participação ativa na realização do plano de tratamento proposto. Quando a criança estiver madura o suficiente, esta deverá também participar das decisões;
- f) O plano de tratamento deve ser desenvolvido e implementado com base nas recomendações da equipe de assistência;
- g) A assistência deve ser coordenada pela equipe interdisciplinar, mas, quando possível, deve ser amparada em nível local. Entretanto diagnósticos e procedimentos cirúrgicos complexos devem ser restritos a centros maiores;
- h) É responsabilidade das equipes de assistência à atenção aos aspectos lingüísticos, culturais, étnicos, psicossociais, econômicos e físicos que afetam a dinâmica da relação equipe-paciente-família;

i) É responsabilidade das equipes de assistência o monitoramento dos resultados em curto e longo prazo, por meio de seguimento longitudinal dos pacientes, incluindo apropriada documentação e manutenção de registros;

j) A avaliação dos resultados deve considerar a satisfação e o bem estar psicossocial, além dos efeitos do tratamento sobre crescimento, funcionalidade e aparência.

Segundo estudo de Strauss (1998), um serviço de FLP foi definido como aquele que realiza avaliação coordenada e interdisciplinar do tratamento de pacientes com FLP. Para enquadrar-se nesta categoria, o serviço deveria preencher as oito condições básicas e 30 dentre 35 adicionais listadas pela ACPA. (ANEXO B)

Especificamente em relação às especialidades integrantes das equipes de assistência, a seguinte composição mínima foi definida: (ACPA, 2000)

1. Cirurgia;
2. Odontologia (ortodontia, cirurgia bucomaxilofacial, odontopediatria, clínico geral, prótese);
3. Otorrinolaringologia;
4. Terapia de fala e linguagem;
5. Psicologia, serviço social ou outra da área de saúde mental;
6. Enfermagem.

O documento cita que os tratamentos nas referidas especialidades (odontopediatria, clínico geral, prótese) devem ser realizados por profissionais com formação e experiência, os quais deverão estar adequadamente preparados para o diagnóstico bucal dos pacientes e que, informações sobre o modo de cuidar do paciente devem ser regularmente encaminhadas, empoderando pessoas da comunidade onde vivem como: escolas, departamento de saúde, local de trabalho diante da permissão da família (ACPA, 2000).

É importante ressaltar que os estudos e protocolos têm em comum a demonstração de que há amplas variações na oferta e qualidade da assistência a portadores de FLP, e estão profundamente relacionadas às características organizacionais, estruturais e funcionais dos serviços cujos critérios e diretrizes norteadoras são através dos documentos estabelecidos pelo EUROCLEFT e ACPA.

De acordo com a OMS (WHO, 2002) repercussões iniciais do EUROCLEFT já estão sendo verificadas em relação à reestruturação dos serviços, criação de associações de pais e profissionais, financiamento da assistência, ordenação do registro de casos e

desenvolvimento de estudos conjuntos, a exemplo do *European Collaboration on Craniofacial Anomalies* (EURCRAN 2000-2004).

Os relatórios da OMS chamam a atenção para as modalidades de assistência a pacientes com FLP que são preferencialmente observados nos países em desenvolvimento. A primeira são os centros de excelência, caracterizados por atendimento eficiente e de grande volume de pacientes, capazes de assistir a populações diversas oriundas de diferentes localidades, combinando programas de transporte custeado e atendimento em centros satélites como o HRAC/USP em Bauru, Brasil. A segunda são as organizações não-governamentais (ONGs) que prestam assistência a inúmeros indivíduos, financiando unidades clínicas locais na execução de cirurgias (SHAW; SEMB, 2007).

Nos países em desenvolvimento, problemas de ordenação e hierarquização do sistema de saúde e de iniquidade de acesso aos serviços tornam a atenção às anomalias craniofaciais fora do alcance de muitos pacientes e famílias. Todavia, reconhece-se que essas ações envolvem não só problemas relacionados à qualidade e ao não-atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos, mas também a importantes questões éticas. Assim, a intervenção do poder público na organização da atenção às anomalias craniofaciais é essencial (WHO, 2002).

3.2.2. A atenção à saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS foi concebido a partir de um modelo organizativo pautado na Constituição Federal Brasileira de 1988 a partir da qual a saúde passou a ser entendida como um direito universal e dever do Estado, onde foram elaboradas as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142) de 19/09/1990, que regulamentam o sistema, definem o financiamento, as atribuições e responsabilidades que os diferentes níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) devem ter com a saúde bem como a participação popular. Sucessivas leis, desde então, têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Segundo a Lei Federal 8.080/90 (Art. 3º):

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. A partir disso devem ser desenvolvidas atividades relativas a todos esses aspectos para uma maior eficácia no enfrentamento dos problemas de saúde-doença da população (BRASIL, 2006b).

Baseada nos preceitos constitucionais, a construção do SUS é norteada pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, focados em uma imagem objetivo, um ideário de sistema de saúde para todos os brasileiros, o qual está em fase de construção e necessita de muitos avanços para a sua efetiva operacionalização e consolidação:

a) A Universalidade: assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema.

b) A Integralidade: pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e a coletividade e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e do coletivo.

c) A Equidade: justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência das desigualdades na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

O cumprimento do seu princípio básico, “Saúde como um direito social e dever do Estado”, é um desafio constante para gestores e profissionais de saúde. Sua consolidação pressupõe a inclusão de um enorme contingente populacional anteriormente desprovido de assistência ou assistido restritamente, a fusão de redes assistenciais e adequações no gerenciamento, e a organização da assistência. Para tanto se faz necessário um sistema universal no acesso, igualitário na atenção e equânime na distribuição dos recursos (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

As diretrizes organizativas do SUS são: a descentralização, a regionalização e hierarquização do acesso aos serviços de saúde:

- a) A descentralização: com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde se constitui na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo.
- b) A regionalização: propõe a organização racionalizada dos serviços de saúde, deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde com objetivo de distribuir de forma mais equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno e continuidade do cuidado.
- c) A hierarquização: busca ordenar o sistema por níveis de atenção e estabelecer fluxos

assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos são os que ofertam o contato com a população. (VASCONCELOS; PASCHE, 2007)

Sem dúvidas, um dos maiores avanços na construção do sistema tenha sido a descentralização, através da redistribuição das responsabilidades entre os três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) obtidos, inicialmente, pela Norma Operacional Básica (NOB 93/96), garantindo a autonomia dos municípios, em condições técnicas, administrativas e financeiras para exercer sua função. Uma vez estando mais perto dos problemas, amplia-se a equidade e responsabilidade pelas condições de saúde de sua população obtendo maior resolubilidade (BRASIL, 2001).

Quanto ao financiamento para o custeio do SUS, está definido em cinco blocos conforme as diretrizes operacionais da série Pactos pela Vida (BRASIL, 2006c) do MS: atenção básica; atenção da média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão pelo SUS. O financiamento para a atenção básica é de responsabilidade das três esferas de governo. Os recursos são: o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, recebido mensalmente percapita e o PAB variável, destinado ao custeio de estratégias específicas. O financiamento para a atenção da média e alta complexidade é pago, mensalmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Em 1990, mediante processo de implantação e consolidação do SUS, foram dados os primeiros passos para a efetiva inclusão da assistência especializada aos portadores de anomalias craniofaciais no SUS. As primeiras iniciativas para incluir a assistência a portadores de deformidades faciais no SUS surgiram em 1993, com a introdução de procedimentos para correção de fissura de lábio e/ou palato e a realização de implante dentário osteointegrado na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), seguido, em 1994, pela publicação de normas para credenciamento de serviços nessa área (BRASIL, 1994).

Através da portaria n. 187 de 16 de outubro de 1998 (ANEXO C) são incluídos, na tabela de procedimentos do SIH/SUS, o grupo de procedimentos de cirurgias múltiplas em pacientes com FLP ou craniofaciais. A cobrança é permitida para hospitais credenciados segundo PT/MS/SAS 126/93, devendo ser autorizada pelo órgão emissor de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Nessa portaria estão lançados os códigos dos procedimentos.

O financiamento passa a ser responsabilidade direta do MS através do FAEC; transferência de determinados procedimentos constantes tanto na tabela do SIH quanto do

Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) para a modalidade de Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC) por meio de portarias SAS/MS 431 e 432 de 14 de novembro de 2000.

Dessa forma, a assistência aos portadores de anomalias craniofaciais no Brasil é de custeio predominantemente público e, na última década, houve importantes avanços nessa área. No período de 1998-2002, ações objetivando a redução da iniquidade de acesso e a ordenação da oferta de serviços no SUS, resultaram na criação da Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDCF) (MONLLEÓ, 2004). Essa rede é constituída de hospitais credenciados para a realização de procedimentos integrados de reabilitação estético-funcional ao portador de FLP e implante dentário osteointegrado e de centros para implante coclear (BRASIL, 1994; BRASIL, 2002).

A assistência especializada é norteada pela proposta de hierarquização dos serviços de média e alta complexidade o que constituiu, no contexto da Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS/SUS), a primeira medida concreta de ampliação do acesso e de ordenação da atenção à saúde de portadores desses defeitos no Brasil. Uma vez que a NOAS-SUS 01/2002 estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, define as garantias de acesso para referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para procedimentos de Alta Complexidade; estabelece que a garantia do acesso seja de responsabilidade solidária entre o MS e as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal; descreve que, a assistência de alta complexidade é programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo – alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucas regiões. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados (BRASIL, 2002).

3.2.2.1 A organização do acesso aos serviços de reabilitação: A Referência e a Contra-referência

No sistema SUS há uma composição de instituições sociais voltadas para a saúde, de maneira a compor um sistema classificado segundo o grau de incorporação de tecnologia, o grau de capacitação de recursos humanos e, a partir daí, agrupadas segundo níveis de atenção ou locais de atendimento, estabelecendo uma hierarquização dentre os

diversos grupos. A representação mais conhecida do ordenamento dos serviços de saúde toma a forma de uma pirâmide, em que as ações estão agrupadas em níveis de complexidade tecnológica crescente (LACERDA; TRAEBERT, 2006). Essa representação pode ser melhor visualizada conforme a Figura 2.



Figura 2: Níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Na base - nível de atenção primária – a porta de entrada do sistema, estão alocados profissionais capacitados a atender a população nos problemas mais simples e frequentes das comunidades, passíveis de resolução em domicílios, ambulatórios e unidades básicas de saúde. Em posição intermediária – atenção secundária – estão as ações de média complexidade, atendidas por especialistas, servindo de apoio e complemento ao primeiro nível de atenção, ofertadas em policlínicas ou hospitais de pequeno porte. No topo da pirâmide, estão os hospitais de maior porte e as clínicas de reabilitação - nível terciário/quaternário - onde se concentram os equipamentos e profissionais especializados em assistência de alta complexidade tecnológica bem como hospitais e institutos que tem como finalidade o ensino a pesquisa e a extensão (LACERDA; TRAEBERT, 2006).

A crítica aos modelos hierarquizados aponta para a necessidade de superar a idéia

de pirâmide por modelos mais flexíveis com variadas portas de entrada e fluxos reversos entre os vários serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Dessa forma, a organização do sistema de prestação dos serviços aos portadores de FLP no âmbito do SUS, ocorre através de uma rede regionalizada e hierarquizada seguindo uma complexidade tecnológica crescente (atenção básica, especialidade e hospital). Um sistema de comunicação é estabelecido entre as instituições através do sistema de referência e contra-referência, a partir do qual é constituída a organização e articulação entre os três níveis de atenção a saúde.

Hoje, dentre as responsabilidades gerais da Gestão do SUS, de acordo com as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, todo Município é responsável pela integralidade à atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União, devendo garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; promovendo equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio de adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social (BRASIL, 2006 c).

A atenção integral à saúde, objetivo do SUS inicia-se pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se às ações em outros níveis de assistência, sendo, portando, a grande responsável pelo cuidado em saúde. Cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação da equipe de saúde com os indivíduos, famílias, comunidades; significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural; acolhê-las em suas necessidades com relação ao sistema de saúde (FORNI *et al.*, 2004).

A atenção à saúde bucal na atenção básica, à luz da Estratégia da Saúde da Família (ESF), extrapola os limites da boca, o que exige que suas ações integrem serviços das diferentes áreas de conhecimento, através de ações intersetoriais, com o objetivo de mudar circunstâncias ambientais e sociais que afetam a saúde e que possam conduzir a ambientes saudáveis, ações educativas, promoção de saúde, ações assistenciais curativas de cunho individual e coletivo e através de atividades clínicas como procedimentos restauradores, exodontias, selantes, profilaxia, aplicação de flúor e visitas domiciliares (BRASIL, 2006 d).

Esse nível de atenção necessita esgotar os limites de suas possibilidades, na propedêutica e na clínica, dando uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade, num processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Isso implica na incorporação

e desenvolvimento de tecnologias que visem organizar os sistemas de referência e contra-referência proporcionando o atendimento integral do indivíduo, tendo como meta efetivar os preceitos constitucionais já citados. Para tal, é necessário instrumentalizar a atenção básica em relação a técnicas e procedimentos especializados, estabelecendo limites de atuação profissional e possibilitando dar condições de encaminhamentos (FORNI *et al.*, 2004).

Considerando que a reabilitação ao portador de FLP é um conjunto de ações de atenção à saúde, ou seja, além da atenção específica da sua própria condição, é um cidadão como os demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. Nesse sentido, à assistência à saúde deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, não deverá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1999).

Devido à complexidade do tratamento ao portador de FLP, há o envolvimento de múltiplas especialidades, envolvendo várias áreas de conhecimento. Esta complexidade decorre, pelo menos em parte, da necessidade de incorporação de tecnologia e de conhecimentos cada vez mais especializados, objetivando a oferta da melhor atenção possível (STRAUSS, 1998).

No Brasil, o Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), em Bauru foi reconhecido pelo MS como centro de referência no país, especializado no tratamento das anomalias congênitas do crânio e da face, com ênfase para as fissuras de lábio e palato e deficiência auditiva. São referenciados pacientes vindos de todas as localidades do Brasil e países vizinhos. A dimensão hospitalar no HRAC é um modelo de assistência público, de alta tecnologia (de atenção quaternária) que envolve a pesquisa, o ensino e a prestação de serviços totalmente gratuito (FREITAS, 2006).

É nesse contexto institucional que o HRAC/USP é considerado um dos poucos recursos especializados no Brasil. Segundo fonte de dados fornecidos pela central de processamento de dados do HRAC/USP de dezembro de 2005, desde sua fundação em 1967 até o final de 2005, atendeu aproximadamente 15% dos casos da população brasileira (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Assim como no mundo, os princípios e estratégias da reabilitação do HRAC/USP seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme os

documentos *Practice Guidelines e Policy Statements*. (ANEXO A)

Desde o primeiro contato com o HRAC/USP até a sua primeira cirurgia, o paciente com fissura percorre o seguinte caminho: serviço de informação aos casos novos; agendamento; rotina de casos novos; orientação e avaliação pré-operatória e cirurgia. Na primeira consulta é elaborado um plano de tratamento e marcada a data da primeira cirurgia. Nessa fase, o paciente entra em contato, pela primeira vez com a equipe multiprofissional do HRAC/USP. É feita a documentação fotográfica do paciente, avaliação pela enfermeira, pelo clínico geral ou pediatra, pelo psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, nutricionista, geneticista, cirurgião-dentista e pelo cirurgião plástico. Dessa forma, o tratamento multidisciplinar baseia-se na odontologia e na medicina (em todas as especialidades necessárias), fonoaudiologia, enfermagem, nutrição, fisiologia, assistência social, psicologia, fisioterapia, genética e pedagogia (FREITAS, 2006).

Segundo Graciano, Tavano e Bachega (2007), o HRAC/USP envolve ações de uma equipe interdisciplinar, onde a colaboração entre as diversas áreas é fundamental, não devendo haver supremacia de certa ciência em detrimento de outra. Supõe-se reciprocidade e interação de conhecimentos, respeitando a postura ideológica pessoal e profissional de cada elemento da equipe.

A assistência ao portador de FLP no Brasil, também está distribuída, através de núcleos regionais, considerados centros de atendimento ambulatorial de apoio ao processo de reabilitação, envolvendo áreas da Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social, os quais oferecem assistência nas fases pré e pós-cirúrgicas. Os núcleos contam com a participação das Prefeituras Municipais e Secretarias de Estado, cabendo ao HRAC/USP colaborar na formação de recursos humanos. No Brasil existem 12 núcleos regionais, distribuídos em diferentes regiões devidamente cadastrados no HRAC/USP. Além dos núcleos, existem as subsedes, consideradas unidades de atendimento ambulatorial, mantidas pela Fundação para Estudo e tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF), entidade parceira do HRAC/USP, sendo que já foram implantados três serviços dessa natureza no Brasil: em Campo Grande/MS, Itararé/SP e no ABC/SP (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Segundo estudo realizado por Monlleó (2004) hoje há 17 centros com atendimento ao portador de FLP credenciados à RRTDCF do MS do Brasil, distribuídos nas cinco regiões do país; sendo um no Norte, três no Nordeste, dois no Centro-Oeste, seis no Sudeste e cinco no Sul. Essa rede é constituída por hospitais que estão credenciados junto ao MS

sob supervisão do HRAC/USP, para onde são enviados relatórios semestralmente à Coordenação de Normas para Procedimentos de Alta Complexidade (BRASIL, 1994).

A normatização para o credenciamento dos hospitais que realizam procedimentos integrados para a reabilitação estético-funcional dos portadores de FLP para o SUS segue a Portaria SAS/MS 62 de 19 de abril de 1994, sobre alta complexidade: Fissura Labiopalatal (ANEXO D), que estabelece normas para o cadastramento dos mesmos. Embora não exista referência à composição de equipe profissional responsável pela assistência, nem tampouco ao seu modelo organizacional (se serviços isolados, multi, inter ou transdisciplinares), a portaria define os serviços que o hospital deve possuir. São necessárias as seguintes áreas e referidas especialidades: medicina (anestesiologia, cirurgia plástica, clínica médica, genética, otorrinolaringologia, pediatria); odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese), fonoaudiologia; psicologia; serviço social; enfermagem; fisioterapia; nutrição e atendimento familiar. (BRASIL, 1994).

Em Santa Catarina, os centros de referência de atendimento ao portador de FLP são: o Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais – NAPADF, instalado na Faculdade de Odontologia da UFSC e, o Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais NPRL/Joinville - SC. Os hospitais de referência para a realização das cirurgias são: o Hospital Universitário (HU/UFSC) e o Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis e o Hospital Regional de Joinville.

Apesar dos avanços quanto à descentralização político-administrativa e financeira, a organização e a ampliação do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde permanecem como um importante desafio. Sua superação requer ações para combater a iniquidade de acesso e de financiamento e promover a oferta ordenada dos serviços (BRASIL, 2006 e).

Segundo Narvai (2005), para que se possa assegurar o acesso e o atendimento dos indivíduos aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência, por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de um setor de saúde para outro, em geral de níveis de atenção diferentes. Porém, nada impede que esse encaminhamento se dê no mesmo setor de atenção. Uma vez realizado o atendimento, o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) para o setor de saúde de origem.

A efetiva operacionalização de um sistema de referência e contra-referência é constituinte da promoção do princípio da integralidade do SUS, caracterizada por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção

de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006e).

Segundo Juliani e Ciampone (1999), o sistema de referência e contra-referência é um dos pontos-chaves para viabilizar a operacionalização do SUS, uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento do paciente aos diversos níveis de atenção torna-se possível.

3.2.2.2 A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde

O processo de institucionalização da Saúde Bucal no Brasil, teve como influência as práticas odontológicas realizadas pelos países europeus, destacando a prática do setor privado, que seguia os padrões assistenciais da medicina e reproduzia, integralmente, o modelo educacional de prática odontológica da escola norte-americana, adotado nas universidades brasileiras, um modelo caracterizado como hegemônico, cientificista ou flexneriano que privilegia o indivíduo como objeto da prática e responsável pela saúde (BRASIL, 2006f). Um modelo reprodutor de uma prática focada na cura e nas especialidades, tratando o indivíduo de forma fragmentada, o que tende a levar o profissional a privilegiar o conhecimento biológico em detrimento do social, o individual em relação ao coletivo, o curativo em relação ao preventivo (GOMES, 1997).

Reproduzindo uma prática, segundo Narvai (2002), de modo geral como inadequada às nossas diferentes realidades e condições sócio-epidemiológicas por ser: ineficaz, ineficiente, de alto custo, de alta complexidade, de baixa cobertura, essencialmente mercantilista e monopolizada pelas elites, mal distribuída geográfica e socialmente, predominantemente dirigida às atividades curativas, e ainda, por utilizar recursos humanos inadequadamente.

Ainda cabe ressaltar que, durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2006d).

A organização do processo de trabalho do cirurgião-dentista na atenção básica é centrada em atividades de baixa complexidade, curativas, onde o atendimento individual é conduzido de maneira pontual, centrado nas queixas, limitado pelo equipamento ou insumo disponível, pelo número de vagas, sem garantias de retornos. As atividades preventivas e educativas desenvolvidas pela maioria dos municípios brasileiros são centradas em

escolares para a faixa etária de 6 - 12 anos por meio de técnicas de escovação, aplicação de flúor e acompanhamento clínico, sendo que, aos adultos e idosos restam os serviços de urgências, geralmente mutiladores (BRASIL, 2006f).

Dessa forma, as ações preventivas de saúde bucal vão se configurando no cotidiano das equipes de saúde bucal de forma acrítica e limitada. A prática clínica defronta-se, ainda, com uma restrição nos serviços de saúde bucal, a assistência de média e alta complexidade comprometendo a integralidade e a resolubilidade das ações (SANTOS; ASSIS, 2006).

Na tentativa de ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde bucal, algumas estratégias programáticas foram experimentadas ao longo do tempo, algumas delas, tentando romper com este modelo hegemônico e instituir um novo paradigma. As diversas “odontologias” identificadas por Narvai (2002), até os anos 80, quando inicia a era da chamada “saúde bucal coletiva” são as seguintes: “odontologia sanitária”, “odontologia preventiva”, “odontologia social”, “odontologia simplificada” e a “odontologia integral”, as quais não se instituíram.

Assim, segundo Zanetti (2007) a oferta de atenção à saúde bucal expandiu-se nas unidades de saúde do SUS, sem um novo paradigma sustentável. A falta de sustentabilidade, decorrente da incapacidade de traduzir os princípios do SUS em ações assistenciais concretas, levou a um processo de involução programática, traduzida pela perda de parâmetros de programação, redução da jornada assistencial curativa; à involução para a atenção na forma de policlínicas com ambulatorios para atendimentos de livre demanda operados mediante a simples distribuição de lotes diários de fichas de atendimento.

No ano de 1994 é implantada, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o propósito de reorganizar a atenção básica no País de acordo com os preceitos do SUS. Mas, somente em 2000 a Odontologia passa a fazer parte do Programa sendo que sua inclusão só veio a se consolidar em 2003 quando cada Equipe de Saúde da Família passou a contar com uma Equipe de Saúde Bucal (NARVAI, 2002).

Através das portarias do MS (Portaria 1.444/2000; 74/2004; 267/2006) há a regulamentação quanto aos princípios, financiamento, atribuições e responsabilidades dos profissionais bem como de cada esfera de governo para a garantia de sua consolidação.

Apesar da diferenciação da Equipe de Saúde Bucal em relação à equipe como um todo, as ações de saúde da família centradas no trabalho multiprofissional e na integralidade estão a exigir de todas as áreas envolvidas, um compromisso com a saúde, em seu conceito

mais ampliado. Desta forma, não haverá espaço para recortes, talvez a ESF possa ser o caminho para situar a Odontologia como uma das áreas que atuam no campo da saúde e não somente no campo da saúde bucal. Uma odontologia capaz de “pensar grande”, “pensar o todo”, planejar e agir em conjunto com a equipe. O cirurgião-dentista, definitivamente não estará mais sozinho em seu campo de trabalho, nele atuará de forma distinta, de acordo com as atribuições de cada um, muitos outros profissionais (CARCERERI, 2005).

Ao colocar para a saúde bucal a proposta de sua inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o ‘novo’, afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que o antecederam (BRASIL, 2004).

Em 2004, o MS, através das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) aponta para uma reorganização da atenção a saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. Destaca-se: o cuidado como eixo de reorientação do modelo; a humanização do processo de trabalho; a co-responsabilização dos serviços e o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado (BRASIL, 2006d).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) acrescenta aos princípios e diretrizes do SUS, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade, a responsabilização e a humanização, caracterizadas por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Sendo fundamental, no entanto, a garantia do acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2006e).

Recentes avanços foram obtidos pela implementação do processo de trabalho e da construção do SUS através da ESF, a implantação mais recente de uma política de saúde bucal vem aumentando a oferta da atenção através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que oferecem alguns serviços de especialidades odontológicas de média complexidade como: periodontia, endodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, prótese dentária e atendimento ao portador de necessidades especiais (BRASIL, 2006d).

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, a atenção básica deve desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população

adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A Política, em suas diretrizes, destaca a co-responsabilização dos serviços, ou seja, implicar-se com os problemas e demandas do usuário, garantindo respostas resolutivas, tornando-se co-responsável, o que corresponde ao desenvolvimento de práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, no conhecimento do contexto familiar e laboral (BRASIL, 2004).

3.2.2.3. A Integralidade na atenção ao portador de Fissura de Lábio e/ou Palato

A integralidade, como um princípio polissêmico, implica tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto familiar e sócio-político, como na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde, além de garantir acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde e oferecer respostas ao conjunto de necessidades de uma população e não apenas a um recorte de problemas. Assenta-se em dois pilares básicos: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2007).

A interdisciplinaridade é entendida como o processo de desenvolvimento de uma postura profissional na saúde que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam numa equipe, visando integrar saberes e práticas, através da aceitação das diferenças e da construção de novas possibilidades de pensar e agir.

A intersetorialidade consiste numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos para enfrentar problemas complexos (PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2007).

Na perspectiva da integralidade, os desafios postos pelo tratamento ao portador de FLP envolvem tanto questões relativas à oferta dos serviços assistenciais (que são fundamentais para responder às necessidades da assistência dos portadores), como questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores bem como o número de doenças a ele associadas. Nessa perspectiva, segundo Mattos (2004), as políticas de saúde pautadas pela integralidade devem basear-se em ações muito mais ampliadas de apreensão das necessidades assistenciais.

A reabilitação do portador de FLP, enquanto serviço é um conjunto de ações de atenção á saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência entendendo que, a reabilitação não é só capacitar as pessoas com deficiência para a sua integração na sociedade, mas propiciar a sua inclusão social. Pressupõe a cooperação entre os profissionais e os serviços no desenvolvimento integral da pessoa com deficiência, bem como a participação da sociedade e dos próprios reabilitados (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

É importante destacar que a atenção a essa população não requer apenas a realização do reparo cirúrgico da lesão, mas o acompanhamento continuado e de longo prazo do paciente e sua família (MONLLEÓ; LOPES, 2006).

Devido à complexidade do tratamento ao portador de FLP, há o envolvimento de múltiplas especialidades, envolvendo várias áreas de conhecimento. Esta complexidade decorre, pelo menos em parte, da necessidade de incorporação de tecnologia e de conhecimentos especializados, objetivando a oferta da melhor atenção possível. Entretanto, carrega o risco de fragmentação e da desumanização na atenção (STRAUSS, 1998).

Segundo Mattos (2004), defender a integralidade é antes de tudo defender que as praticas de saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos, é defender que nossa oferta de ações deve estar em sintonia com o contexto específico de cada encontro.

Entretanto, as práticas estruturadas a partir do modelo hegemônico de assistência em saúde é um dos grandes desafios para a construção da integralidade no SUS, pois opera em eixo inverso ao das práticas cuidadoras. Apresentam problemas estruturais como a abordagem individualista e descontextualizada, com enfoque biológico-mecanicista, fragmentação do corpo, uso excessivo de tecnologias, centrado em especialidades (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Nesse modelo de estruturação e hierarquização dos serviços, os tratamentos são transferidos através de encaminhamentos entre as especialidades sem garantias de que serão atendidos dentro dos prazos estabelecidos. Dessa maneira, a circulação de informações, os contatos interprofissionais e a preocupação em captar as várias dimensões do sujeito na integralidade, têm dimensões bastante restritas nesse modelo de estruturação do poder em organizações de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Um modelo organizado por níveis hierárquicos, seguindo uma complexidade crescente, que vai de um nível de baixa complexidade (o primário) até um nível de maior

complexidade (terciário/quaternário), segundo Mendes (2002), fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária á saúde seja menos complexa do que os níveis secundários e terciários. Consistem em um sistema fragmentado de serviço de saúde, fortemente hegemônico, onde se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis entre si, com débil atenção primária à saúde e incapazes de prestar uma atenção continuada às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada.

Camargo (2003) afirma que a crescente divisão do trabalho dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos saúde e doença. Contudo, tem predominado uma lógica que leva ao extremo a fragmentação do cuidado.

Neste sentido, mas não especificamente em relação aos portadores de FLP, Cecílio (2001) destaca que em um modelo de assistência hierárquico, organizado como pirâmide, os serviços superespecializados, dirigidos a demandas pontuais e específicas, não têm compromisso com a integralidade da assistência em sua conceituação ampliada e, por isso, não conseguem atender, de maneira plena, às necessidades de saúde dos indivíduos.

Merhy (1998), alerta para a perda da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias dependentes de equipamentos e uma obstinação pela objetivação dos problemas de saúde, a ponto de descontextualizá-los dos seus portadores (os usuários). Substitui-se a escuta pela intermediação de exames e o acompanhamento pela imposição de procedimentos visando a um êxito técnico. Merhy propõe uma retomada do foco da atenção à saúde de profissional-centrada (ou procedimento-centrada) em usuário-centrada e vê no desenvolvimento de tecnologias próprias dos relacionamentos/interações/práticas (tecnologias leves) um meio de reestabelecer o encontro, acolher, respeitar e cuidar do outro, medindo-se pelo outro onde: as tecnologias duras representam o uso de equipamentos e ferramentas, as leveduras representam os saberes estruturados dos profissionais dando significado às necessidades dos usuários e, as leves são essencialmente o espaço relacional trabalhador-usuário.

Para a implementação de novas práticas de saúde são necessários dispositivos que mexam na micropolítica do processo de trabalho, e façam com que as tecnologias leves sejam as determinantes do processo de produção de saúde para mudar o perfil assistencial. Isto não ocorre apenas mudando o perfil técnico do profissional. Para Mehry (1998) se

considerarmos que todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente e como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos.

Diante de práticas usuário-centradas, o profissional de saúde coloca-se em movimento de si, em autopoiese de si (desenvolvimento permanente do ser), pois está aberto às sensações, contatando a alteridade e a integralidade. Quanto maior a exposição ao outro, maior a necessidade da equipe de saúde como um coletivo organizado de produção (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p.26).

Diante dessas possibilidades de transformação, Merhy (1998) descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leve-duras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, uma vez que permite ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde como, por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando de forma exata “seus núcleos de competência específicos, com a dimensão do cuidador que qualquer profissional de saúde detém”. Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em “relações intercessoras com os usuários” produzem o cuidado.

A complementaridade dessas tecnologias é fundamental na conquista da integralidade e humanização, em todo o percurso realizado pelos usuários na busca pela reabilitação (SANTOS; ASSIS, 2006).

Assim, a integralidade é um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procura; integralidade no sentido de dar respostas aos problemas de saúde pública incorporadas, tanto as possibilidades de prevenção como as possibilidades assistenciais (MATTOS, 2006).

Diante desses pressupostos, o modelo pautado na integralidade converge para uma forma de produzir saúde concebida a partir de tecnologias relacionais, através de dispositivos do tipo acolhimento, que podem ser apreendidos com ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca pelo atendimento (SANTOS; ASSIS, 2006).

O acolhimento é todo processo que ocorre no encontro profissional/usuário e sua rede social, pressupondo mudança nesta relação, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2007). É uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda (SANTOS *et al.* 2007).

Segundo Merhy (2007), o acolhimento prevê a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde, por meio das tecnologias disponíveis.

Esses dispositivos confluem para uma resposta adequada, uma possível solução para os problemas, ou seja, para a resolubilidade das demandas sentidas e apresentadas, compondo a integralidade (SANTOS; ASSIS, 2006).

É importante um acompanhamento precoce ao portador de FLP, através de uma equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar e atenção integral, desde o nascimento até a fase adulta, propiciando ao indivíduo portador dessa deformidade o necessário ajustamento à sociedade (CERQUEIRA *et al.* 2005). Para isso, toda a equipe deve estabelecer uma filosofia de tratamento global, visando à reabilitação morfológica, funcional e psicossocial do portador.

Com relação à conformação interna dos serviços, estudos europeus e norte-americanos recomendam, respectivamente, modelos multidisciplinares e interdisciplinares (ACPA, 2000; SHAW *et al.*, 2001; STRAUSS, 2002).

Segundo Graciano; Tavano; Bachega (2007) o HRAC/USP é um dos poucos recursos especializados no Brasil, cujo processo de trabalho envolve uma equipe interdisciplinar, definida como a interação de várias disciplinas, através de uma relação de reciprocidade, mutualidade e diálogo, respeitando a postura ideológica pessoal e profissional de cada elemento da equipe.

No modelo interdisciplinar defendido por Strauss (1998), a construção do plano de tratamento é coletiva, devendo cada profissional apresentar sua opinião, seguindo-se um período de discussão até o alcance do consenso com redação final das recomendações. A liderança é participativa e prevê rodízio entre os membros. Ainda segundo o autor, no modelo multidisciplinar, embora exista cooperação entre os diversos especialistas envolvidos, sua atuação mantém independência e autonomia. As relações de liderança são

hierarquizadas e não favorecem a construção de um plano de tratamento baseado no consenso mútuo, sendo assim mantidos os riscos de fragmentação e desumanização na abordagem da atenção a saúde.

Para Cecílio (2001), mais que a adesão a qualquer modelo, é necessário organizar a atenção e capacitar os profissionais para a escuta das necessidades de saúde dos indivíduos. O esforço de cada integrante da equipe e desta como um todo, para traduzir e atender às necessidades de saúde captadas em sua dimensão individual, definiria a prática da integralidade necessária no espaço dos serviços de saúde.

Independente do modelo adotado, a consciência sobre o processo de adoecimento não pode ser exclusiva de especialistas da área psicossocial, sendo indispensável o envolvimento do conjunto de profissionais, pacientes e familiares. Estes últimos têm participação essencial no processo de reabilitação, devendo ser assegurada a eles a oportunidade de discutir o tratamento, respeitando sua autonomia (STRAUSS, 1998; ACPA, 2000; SHAW, et al., 2001).

A inclusão de profissionais da área psicossocial, nas equipes multiprofissionais na atenção ao portador de FLP, tem sido uma estratégia para a superação desses problemas. Entretanto, é também necessário que os especialistas trabalhem em conjunto, com uma abordagem holística do paciente, visualizando que o processo de reabilitação inclui fatores médicos/odontológicos, sociais e psicológicos (STRAUSS, 1998; ACPA, 2000).

O trabalho em equipe de saúde possibilita ao profissional enriquecer grandemente a sua prática, aprofundando o seu saber específico, assim como permite a ampliação do seu nível de consciência a respeito dos fatos, através da contribuição dos diversos conhecimentos de seus colegas efetuando-se, gradativamente, a reelaboração crítica e criativa de seu próprio saber, da sua própria ação (GOMES, 1997).

No processo de reabilitação das anomalias craniofaciais, o trabalho em equipe é fundamental e cada área possui o seu campo de atuação, no sentido de prover um tratamento integral aos pacientes atendidos, englobando aspectos estéticos, funcionais e psicossociais. É a integração dessas áreas que possibilita a compreensão do paciente no seu todo, como ser humano em sua totalidade (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente se facilitar à comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também montar um sistema que produza um compartilhamento de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática

conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro. Em uma equipe interdisciplinar, fica evidenciada a importância de cada trabalhador e a interdependência entre os diferentes profissionais o que possibilita uma valorização profissional atrelada a resultados, e não somente ao *status* ou prestígio de determinadas especialidades (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Embora o custo da atenção à saúde nessa área seja elevado, os custos do não-tratamento ou do tratamento ineficiente das anomalias craniofaciais são também enormes. O ônus em termos de morbidade, distúrbios emocionais, estigmatização e exclusão social recaem não só sobre o portador, mas também sobre sua família e sobre a sociedade (WHO, 2002).

A reinserção destes indivíduos na sociedade representa, além dos benefícios de ordem pessoal, um significativo retorno econômico pela sua reintegração produtiva no mercado de trabalho (FURLANETO; PRETTO, 2000).

É possível que as necessidades não estejam sendo plenamente atendidas, seja devido às grandes distâncias geográficas que devem ser vencidas, seja devido às dificuldades enfrentadas para a manutenção de um cronograma regular de consultas de prosseguimento do tratamento, particularmente na área de reabilitação, ou, para o estabelecimento de vínculos com a equipe e com o serviço (MONLLEÓ; LOPES, 2006).

A realização e o desenvolvimento de um processo democrático no atendimento às necessidades do usuário, tornam possíveis as estratégias e ações pertinentes, pautadas no código de Ética, como defesa dos direitos humanos, defesa no aprofundamento da democracia em favor da equidade e da justiça social (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

4. METODOLOGIA

Para a realização do presente estudo, foi estabelecido o seguinte percurso: definição da caracterização da pesquisa; delineamento do estudo; instituições envolvidas; um breve histórico dos núcleos especializados; caracterização dos sujeitos do estudo; instrumentos de coleta de dados; aspectos éticos; pré-teste dos instrumentos; coleta de dados; construção da base de dados para posterior análise dos resultados.

4.1 Caracterização da pesquisa

Quanto à natureza, esse trabalho define-se, do ponto de vista metodológico como uma pesquisa quantitativa e qualitativa. Caracteriza-se como um estudo prospectivo, uma investigação de campo de natureza exploratória e estatística descritiva “realizada em área e sobre problemas para os quais há escasso ou nulo conhecimento acumulado e sistematizado” (TOBAR; YALOUR, 2001) em que se expõem características da população em estudo.

O estudo qualitativo teve como universo investigativo as trilhas, os significados, as aspirações, os valores e as ações realizadas, identificando as fragilidades e potencialidades do sistema de referência e contra-referência ao portador de FLP, na busca de conceber das variáveis categóricas de natureza mais elementar, de forma a ampliar as possibilidades de análise, para a tomada de consciência da realidade enfrentada por essa população (PEREIRA, 1999; CHIZZOTTI, 2006).

Considerando que o dado qualitativo é uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à sua observação podendo então, segundo Pereira (1999) ser estudado através de uma análise quantitativa, esse estudo se ocupou da investigação de eventos qualitativos, com referenciais teóricos menos restritivos e com oportunidade de manifestação para a subjetividade em busca do novo.

4.2 Delimitação do Estudo

Avaliar o sistema de referência e contra-referência implicou em estudar os componentes do sistema o que envolveu o processo de trabalho e o sistema propriamente dito, compostos pelos profissionais e usuários que estabelecem as relações entre eles.

Através do esquema abaixo é possível melhor visualizar a delimitação.



Figura 3: Delimitação do estudo

4.3 Instituições envolvidas

A pesquisa foi realizada em Florianópolis e Joinville por serem as cidades do Estado de Santa Catarina que contém os núcleos especializados de referência para a reabilitação do portador de FLP, abrangendo as seguintes instituições que compõem os três níveis de atenção:

- a) Hospital Universitário (HU)
- b) Hospital Infantil Joana de Gusmão (HI)
- c) Hospital Regional de Joinville (HR)
- d) NAPADF - UFSC (Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidade Facial – Universidade Federal de Santa Catarina);
- e) NPRLL - JOINVILLE (Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatinas);
- f) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis
- g) Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville

4.4 Histórico dos núcleos especializados envolvidos no estudo

Visando prestar atendimento aos pacientes com FLP, um centro especializado que presta atendimento a essa população no Estado de Santa Catarina está situado na cidade de

Florianópolis. É o Núcleo de Atendimento a Pacientes com Deformidades Faciais – NAPADF, instalado na Faculdade de Odontologia da UFSC em 1996, criado pela disciplina de ortodontia, com os objetivos de aumentar a capacidade de atendimento, melhorar o suporte técnico auxiliar através dos estagiários e as instalações físicas, oferecendo atendimento de outras especialidades odontológicas, visando a um melhor prognóstico e reabilitação do paciente.

A área do Centro de Ciências da Saúde foi disponibilizada para uso do NAPADF em novembro de 1997, sendo que esta área física atualmente utilizada pelo NAPADF pertence à Disciplina de Ortodontia. Entre as profissões que compõem atualmente a equipe, estão: Ortodontia, Odontopediatria, Psicologia, Fonoaudiologia, Cirurgia Bucomaxilofacial e Cirurgia plástica.

Em julho de 1998 foi agregado a este núcleo o Serviço de Odontopediatria (SOP – NAPADF), para prestar atendimento aos pacientes, fazendo com que estes pudessem ser submetidos aos procedimentos cirúrgicos e ao tratamento ortodôntico e fonoaudiológico em condições bucais adequadas. A inclusão do SOP ao NAPADF buscou proporcionar aos indivíduos com fissura atendidos na instituição a reabilitação, prevenção e promoção da saúde. A busca destes pacientes pelo viver em condição saudável inicia-se de forma abrupta com o diagnóstico da presença da má-formação, e o SOP tem como filosofia oferecer aos pacientes e seus familiares o apoio até a reabilitação total. Com a ampliação do NAPADF devido ao grande aumento do número de pacientes atendidos na instituição, ocorrem algumas dificuldades relacionadas à oferta de consultas. Os pacientes inseridos dentro deste serviço são aqueles que, após receberem alta do tratamento odontológico, retornam para avaliação periódica, conforme a necessidade individual, os recursos da família e as condições de atendimento do centro. Neste retorno, são realizados exames bucais, bem como, faz-se uma avaliação do protocolo de reabilitação e, de acordo com a necessidade, o paciente é encaminhado para tratamento em outras áreas.

As instalações de apoio (não específicas do NAPADF) incluem o centro cirúrgico do Hospital Infantil Joana de Gusmão – onde são realizados os procedimentos reparadores primários como cirurgia plástica de lábio e/ou palato, assim como procedimentos de cirurgia bucomaxilofacial; o centro cirúrgico do Hospital Universitário – UFSC, onde são realizados os procedimentos de cirurgia plástica e cirurgia bucomaxilofacial; a clínica integrada da Faculdade de Odontologia – UFSC e o Centro de Estudos e Pesquisa em Implantes Dentários – CEPID da Faculdade de Odontologia da UFSC.

Outro núcleo de referência para o Estado, está situado em Joinville, construído a partir do seguinte histórico: no ano de 1989, por iniciativa de alguns pais e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e com o apoio de Serviço Social do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru – SP, foi organizado um grupo com o objetivo de criar uma associação, e, dessa forma, buscar auxílio financeiro para custear as constantes viagens a Bauru, como também o apoio da Prefeitura Municipal de Joinville, oferecendo tratamento pré e pós-cirúrgico, facilitando a reabilitação dos pacientes com FLP.

Os pais e profissionais organizados através da Sociedade de Promoção Social do Fissurado Labiopalatino (PROFIS)¹ buscaram o apoio do poder público e, em outubro de 1989, o Secretário Municipal de Saúde em audiência com o diretor do Centrinho de Bauru, decidem implantar um núcleo em Joinville, conforme projeto do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru.

Em 27 de março de 1990, a prefeitura em parceria com o governo Estadual, inaugurou o Núcleo de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Labiopalatais.

Em 1992, foi implantado junto ao núcleo o Centro de Diagnóstico e Reabilitação aos Portadores de Deficiência Auditiva.

Hoje, o Núcleo tem cadastrado 2548 pacientes com fissura de lábio e/ou palato e deficientes auditivos advindos de todo o Estado de Santa Catarina.

O núcleo é cadastrado junto ao MS como Centro de Referência Estadual para Procedimentos de Alta Complexidade, desde junho de 2001, sendo que os seguintes procedimentos são realizados através da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), com recursos de financiamento do Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC): ortodontia, próteses fixas e removíveis, implantes dentários e exodontias de dentes inclusos.

O centro reúne profissionais de várias especialidades: assistência social, psicologia, fisioterapia, enfermagem, genética, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, pediatria, odontopediatria, ortodontia, periodontia, implantodontia, cirurgia bucomaxilofacial, prótese, clínica geral.

¹ PROFIS: é uma entidade com fins filantrópicos, destinada a prestar assistência aos portadores de anomalias craniofaciais ou outras deficiências. A Rede Nacional de Associação de Pais e Portadores de Fissura Labiopalatinas (REDE PROFIS) é uma rede de recursos comunitários, articulada para o apoio ao processo de reabilitação

4.5 Caracterização dos sujeitos do estudo:

A base de dados contém informações obtidas através da participação de profissionais que representaram o universo de cirurgiões-dentistas (CD) trabalhadores do SUS envolvidos na atenção ao portador de FLP e os usuários do serviço em Santa Catarina, conforme o quadro a seguir:

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS NO ESTUDO	TOTAL DE SUJEITOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO	PORCENTAGEM DE PARTICIPANTES
Hospital Universitário	1	100%
Hospital Infantil Joana de Gusmão	2	100%
Hospital Regional de Joinville	1	100%
NAPADF	3	100%
NPRL	10	60%
SMS de Florianópolis	83	81,92%
SMS de Joinville	106	44,33%
Usuários	18	100%

Quadro1: Quadro representativo dos sujeitos participantes no estudo

A representatividade dos sujeitos participantes do estudo é composta pelos CD envolvidos no atendimento ao portador de FLP, trabalhadores nos três níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS e os usuários dos serviços, representados pelos pais de crianças portadoras de FLP que estavam sendo atendidas nos núcleos especializados. Quanto aos cirurgiões-dentistas, o estudo reuniu informações de 128 entre 206 profissionais envolvidos com a atenção ao portador de FLP em Santa Catarina, correspondendo a 62,13% do universo investigado.

A escolha dos usuários participantes foi realizada por conveniência, ou seja, a pesquisadora compareceu nas instituições em dias de atendimento odontológico e, convidou os pais das crianças que estavam em atendimento, no dia da visita a instituição, a participar. Foram realizadas 5 visitas às instituições, sendo 2 no NPRL e 3 no NAPADF. Participaram do estudo pai ou mãe da criança portadora de FLP com idade entre 2 e 12 anos que as acompanham desde o nascimento. Não participou do estudo criança portadora de FLP com alguma síndrome associada.

Nenhum dos pais entrevistados era portador de FLP e, não foi questionado sobre a presença de história familiar pregressa. A maioria dos pais participantes foram pessoas de

baixo nível socioeconômico e com baixo grau de escolaridade (estudaram até o primeiro grau) e apresentaram como profissão ser do lar e agricultor.

Como limitação, cabe ressaltar que houve recusas de alguns pais em participar, e alguns relataram não querer relembrar sua história de vida.

O número de usuários participantes foi delimitado pela saturação de dados, determinados pela repetição das informações indicando a hora de optar pela interrupção da coleta (PATRÍCIO; CASAGRANDE; MARIZIA, 1999).

Desta forma, é a qualidade da expressão dos sujeitos e não a quantidade que possibilita uma pesquisa com caráter científico a partir de uma base epistemológica qualitativa. Então, para que um aspecto se torne significativo na pesquisa, não é necessário que ele seja repetido em todas as entrevistas. Minayo (1999) complementa e aponta que “as metodologias de pesquisa qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais que são tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções significativas”.

4.6 Instrumento de coleta de dados

A construção dos instrumentos de análise seguiu o seguinte percurso, baseado em Tobar e Yalour (2001):

- Obtenção de um instrumento de descrição de dados numéricos para amostra representativa da população dos profissionais envolvidos no estudo, onde a repetição das medições foi importante;
- Obtenção de um instrumento de investigação para os protagonistas do estudo, os usuários, objetivando uma investigação exploratória na busca de explicações mais profundas, variáveis desconhecidas ou não explícitas, possibilitando uma flexibilidade que permita buscar o novo.

Um dos instrumentos utilizados foi um questionário aplicado aos CD, construído tendo como base as orientações preconizadas por Ghiglione; Matalon (1997). O instrumento divide-se em quatro partes: 1 - dados de identificação (questões 1, 2 e 3); 2 - avaliação do processo de trabalho (questões relativas ao item 4); 3 - avaliação do sistema de

referência e contra-referência (questões relativas ao item 5) e 4 - questões 6 e 7 relativas a opinião dos participantes. (APÊNDICE A)

Outro instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada dirigida aos usuários, representados pelos pais dos portadores de FLP.

As entrevistas foram gravadas, tendo como guia um instrumento intitulado “Formulário de Entrevista”, composto por duas questões abertas e semi-estruturadas. A primeira relacionada à trajetória realizada para a obtenção do tratamento e, a segunda teve como objetivo saber das dificuldades encontradas para a realização do tratamento. Ou seja, duas perguntas “chave” relativas ao tema a ser explorado, com perguntas “guia” a serem abordados (APÊNDICE B) sendo que, a ordem exata e a redação das perguntas podem variar para cada entrevistado (TOBAR; YALOUR, 2001).

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) conforme parecer número 0365/06 (ANEXO E). Cada participante, antes do início da pesquisa, foi convidado a participar do estudo sendo garantido a ele, sua liberdade de escolha conforme as explicações que constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pelos participantes após terem concordado em participar. (APÊNDICE C)

4.8 Pré-teste dos instrumentos de coleta de dados:

Durante o mês de maio de 2007, o questionário foi aplicado aos cirurgiões-dentistas trabalhadores no CEO instalado na UFSC e aos mestrandos em odontologia. Participaram 13 profissionais cirurgiões-dentistas não pertencentes ao universo dos sujeitos envolvidos no estudo. Após responderem ao questionário, foram convidados a responder a um formulário de avaliação próprio onde foi avaliado o tempo, a estrutura, a quantidade, a clareza e o conteúdo das questões (APÊNDICE D). Foram realizados os ajustes necessários de maneira a tornar o instrumento adequado.

Para tornar a entrevista um instrumento adequado aos objetivos do estudo, foi realizado dois pré-testes durante o mês de maio de 2007. Foi convidado a participar da entrevista duas mães de crianças que estavam sendo atendidas no NAPADF – UFSC.

Avaliou-se o roteiro elaborado, a compreensão, a coerência, o registro por escrito, o registro em gravador, aspectos relativos à condução das entrevistas, ordem das perguntas, tempo da entrevista e local adequado. Após os ajustes necessários, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita. As entrevistas do pré-teste não fizeram parte da análise dos resultados.

4.9 Coleta dos dados

Anteriormente à coleta dos dados propriamente dita, foi enviado um pedido de autorização para cada instituição envolvida no estudo (APÊNDICE E), juntamente com o projeto da pesquisa e o parecer do comitê de ética para que fosse permitida a realização da pesquisa nas instituições, pelos órgãos competentes. Mediante consentimento positivo, os questionários foram enviados às instituições pela própria pesquisadora, e foram preenchidos pelos participantes em seu local de trabalho.

As perdas referentes aos não respondentes ou não participantes, ocorreram por situações diversas como: afastamento do profissional por motivo de férias, licença, ou pelo motivo de recusa uma vez que havia a liberdade em querer participar ou não da pesquisa.

O procedimento de coleta dos questionários foi coordenado pela própria pesquisadora que contou com a colaboração dos coordenadores de saúde bucal das instituições bem como os coordenadores de regionais da atenção básica das Secretarias Municipais de Saúde.

A entrevista foi realizada pela própria pesquisadora nas instituições envolvidas. No NAPADF, foi realizada em uma sala reservada localizada em frente à clínica de atendimento odontológico e, no NPRL de Joinville, foi cedido o espaço do auditório da instituição para que as entrevistas fossem realizadas. Ambos os locais eram ambientes fechados que permitiam a privacidade no momento dos relatos, confortáveis, com cadeiras almofadadas, bem iluminados e isolados de ruídos.

As entrevistas foram registradas por meio de gravação e transcritas pela própria pesquisadora e, como precaução, as informações mais importantes foram registradas manualmente no “Formulário de Entrevista” (APÊNDICE B).

O período de coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2007.

4.10 Construção da base de dados

Os dados do questionário foram compilados em um banco de dados no programa Excel e depois foram integrados a uma base de dados, explorados e tratados através de análise estatística pelo instrumento software estatístico SPSS 14.0.

Para proceder à análise dos resultados da pesquisa, diversas abordagens estatísticas foram utilizadas considerando a natureza dos dados.

Inicialmente fez-se uma análise descritiva das informações obtidas no questionário para cada questão independentemente. Posteriormente foram realizados cruzamentos entre as questões com relação ao nível de atenção a saúde, dissociados entre atenção básica e especialidade, pois, para o estudo estatístico foi necessário fazer a junção entre o nível secundário e terciário devido ao número de participantes de ambos serem muito pequenas para um estudo separado.

Os dados descritivos foram tratados por distribuição de frequência e porcentagem. Para estudar a associação entre as variáveis, foram utilizados os testes Qui-Quadrado, o teste exato de Fisher e o teste para diferença entre duas proporções.

Para todos os testes estatísticos utilizados, adotou-se o nível de 5% de significância ($p\text{-valor} < 0,05$).

Para a análise estatística da questão aberta número 6 do questionário, as respostas foram categorizadas e quantificadas em seis itens conforme o quadro abaixo:

CATEGORIA 1	Conhecimento, necessidade de capacitação, treinamento.
CATEGORIA 2	Encaminhamento: referência e contra-referência com garantias de atendimento.
CATEGORIA 3	Condições de trabalho, ambiente, infra-estrutura, equipamentos, material humano.
CATEGORIA 4	É possível ser atendido na atenção básica, porém há necessidade de trabalho em equipe.
CATEGORIA 5	Deve ser atendido apenas por especialistas.
CATEGORIA 6	Não opinou

Quadro 2: Categorias de respostas sobre o que é necessário para o adequado atendimento ao portador de FLP

Para a análise da entrevista os dados foram tratados mediante a técnica de análise categorial temática, descrita por Minayo (1999), onde a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado. Mantém sua crença na

significação da regularidade onde, no tratamento dos resultados trabalha com significados.

Esta técnica preconiza a construção da análise em 3 etapas: 1) A primeira etapa foi a pré-análise, onde foi realizado o contato exaustivo com o material coletado buscando conhecer o conteúdo, estabelecendo as primeiras impressões, caracterizando a leitura flutuante a partir da qual foi selecionado o material a ser analisado. 2) A segunda fase implicou na exploração do material, que consistiu essencialmente na operação de codificação do material, onde os dados brutos foram transformados em unidades de registro através da classificação em temas. Foi realizada a classificação e agregação dos dados, escolhendo categorias temáticas a partir das quais surgiram as sub-categorias. 3) A terceira fase foi a de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde foi realizada a síntese e seleção dos resultados através de inferências e interpretação dos dados.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 REFERENTE AOS PROFISSIONAIS

5.1.1 Descrição da taxa de respostas obtidas

A taxa final de participantes do estudo representou 62,13% do universo investigado. A taxa de retorno dos questionários dos profissionais do nível terciário foi de 100%. Para os profissionais do nível secundário a taxa de retorno foi de 69,23% e, do nível primário foi da ordem de 60,84%.

A composição dos participantes está apresentada conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Composição dos participantes segundo cidades e grupo de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção em que trabalham.

Cidades	Atenção Primária	Atenção Secundária	Atenção Terciária	TOTAL
	F	F	F	F
FLORIANÓPOLIS	68	6	3	77
JOINVILLE	47	3	1	51
TOTAL	115	9	4	128

Os resultados do estudo serão apresentados e discutidos em quatro sessões. Inicialmente será descrito a identificação dos profissionais envolvidos no estudo, seguida da avaliação do processo de trabalho e avaliação do sistema de referência e contra-referência e, será analisada a opinião dos profissionais quanto ao atendimento ao portador de FLP.

As frequências e porcentagens de respondentes podem variar, uma vez que houve questões que não foram respondidas pelos profissionais e, também pelo fato de que havia questões de múltipla escolha.

5.1.2 Identificação dos cirurgiões-dentistas participantes do estudo

Os profissionais CD participantes do estudo, segundo o sexo são representados por 57% pertencentes ao sexo feminino e 43% do sexo masculino. (Tabela 2)

Tabela 2. Distribuição dos cirurgiões-dentistas participantes quanto ao sexo.

Sexo	Frequência	%
Masculino	55	43
Feminino	73	57
TOTAL	128	100

Percebeu-se que os cirurgiões-dentistas trabalhadores em nível de especialidade são compostos por 78,6% de profissionais pertencentes ao sexo masculino e, uma maior concentração de mulheres (61,4%) atuando em nível de atenção básica. (Tabela 3)

Tabela 3. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas e probabilidades do teste qui-quadrado para a associação entre nível de atenção e sexo.

Características	Categorias	Grupo de profissionais de acordo com o Nível de Atenção		p-valor
		Atenção Básica	Especialidades	
Sexo	Masculino	44 (38,6%)	11 (78,6%)	0,004
	Feminino	70 (61,4%)	3 (21,4%)	

Quanto ao tempo de atuação no serviço público percebeu-se que a maioria dos profissionais (56,3%) trabalha há mais de 11 anos. Observa-se que esses profissionais têm experiência no setor público, uma vez que eles têm exercido esta atividade ao longo de sua carreira. Ao considerar que 64,8% dos profissionais possuem mais de 6 anos de trabalho, pode-se considerar que se trata de um grupo de profissionais com algum tempo de atuação, considerando-os com experiência no processo de trabalho nas instituições. (Tabela 4)

Tabela 4. Distribuição dos cirurgiões-dentistas participantes quanto ao tempo de atuação no serviço público.

Tempo de serviço público	Frequência	%
0 a 5 anos	44	34,4
6 a 10 anos	11	8,6
11 a 20 anos	48	37,5
+ 21 anos	24	18,8
TOTAL	127	99,3

Constatou-se também que, 60,2% dos profissionais referiram possuir algum curso de pós-graduação *lato sensu* (Tabela 5), demonstrando que há relativo investimento em sua carreira ao longo da profissão.

Tabela 5. Composição de respostas quanto à realização de curso de pós-graduação pelos cirurgiões-dentistas.

Curso de pós-graduação <i>lato sensu</i>	Frequência	%
Sim	77	60,2
Não realizou	48	37,5
TOTAL	125	97,7

Conforme a Tabela 6 nota-se que 91,4% dos profissionais participantes afirmaram ter recebido alguma informação sobre FLP e, quando questionados sobre aonde obtiveram o acesso às informações, 75% mencionaram tê-las obtido em nível de graduação. (Tabela 7)

Tabela 6. Frequências e porcentagens das informações recebidas pelos cirurgiões-dentistas sobre FLP.

Informações sobre FLP	Frequência	%
Sim	117	91,4
Não recebeu	11	8,6
TOTAL	128	100

Ao comparar os níveis de atenção, observou-se que os especialistas apresentam porcentagem superior quanto aos profissionais da atenção básica com relação às informações obtidas em nível de pós-graduação, apresentando significância estatística ($p < 0,05$), sendo que os profissionais da atenção básica as obtiveram, em sua maioria (78,1%), em nível de graduação. (Tabela 7)

Tabela 7. Frequências e porcentagens em relação ao total de profissionais e probabilidades do teste para diferença entre duas proporções dos cirurgiões-dentistas que trabalham em nível de especialidade e na atenção básica com informação recebida sobre FLP.

Informações sobre FLP	F	%	Atenção Básica	Especialidades	p-valor
Graduação	96	75,0	89 (78,1%)	7 (50,0%)	0,044
Atualização, estágios, leituras, oficinas	75	58,6	64 (56,1%)	11 (78,6%)	0,060
Especialização	17	13,3	11 (9,6%)	6 (42,9%)	0,014
Mestrado e Doutorado	6	4,7	3 (2,6%)	4 (28,6%)	0,033

Conforme a Tabela 8, ao verificar o atendimento de portadores de FLP na atenção básica, percebeu-se que houve diferença estatística com $p = 0,006$ entre os profissionais que relataram ter prestado atendimento, daqueles que nunca atenderam, ao associar quanto ao tempo de serviço público. Percebe-se que os profissionais com menos tempo de serviço

público atenderam poucos pacientes os quais são detectados ao longo da carreira profissional.

Tabela 8. Frequência de cirurgiões-dentistas da atenção básica quanto à realização do atendimento ao portador de FLP e tempo de serviço público.

Tempo de serviço público	Atendimento a pacientes com FLP na Atenção Básica		p-valor
	Atendeu F	Não Atendeu F	
0 a 5 anos	6	32	0,0066*
6 a 10 anos	4	5	
11 a 20 anos	19	24	
+ 21 anos	13	10	
TOTAL	42	71	

*teste qui-quadrado

5.1.3 Avaliação do processo de trabalho

Avaliar o sistema de referência e contra-referência implicou em avaliar o processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Estudou-se a quantidade de pacientes atendidos pela atenção básica, a situação em que os pacientes mais costumeiramente comparecem para o atendimento odontológico, as ações que são realizadas, a maneira como são executados os encaminhamentos dos pacientes e o grau de dificuldade encontrado para a realização dos procedimentos listados.

Verificou-se que do total de profissionais que participaram do estudo, 55,5%, nunca atenderam pacientes portadores de FLP. Considerando que esses profissionais que nunca atenderam pertencem à atenção básica, 61,73% dos profissionais pertencentes a esse nível de atenção nunca atenderam pacientes portadores de FLP. (TABELA 9)

Tabela 9. Frequência e porcentagem quanto ao número de pacientes portadores de FLP que foram atendidos pelos cirurgiões-dentistas.

Atendimento ao paciente portador de FLP	Frequência	%
Sim	57	44,5
1 a 5 pacientes	39	30,5
6 a 10 pacientes	5	3,9
11 a 50 pacientes	1	0,7
+ 50 pacientes	12	9,4
Não	71	55,5

Ao associar a quantidade de pacientes atendidos entre os grupos de profissionais de acordo com o nível de atenção, dos profissionais da atenção básica que prestaram

atendimento ao portador de FLP, 90,7% atenderam entre 1 e no máximo 5 pacientes ao longo de sua carreira profissional. (Figura 4)

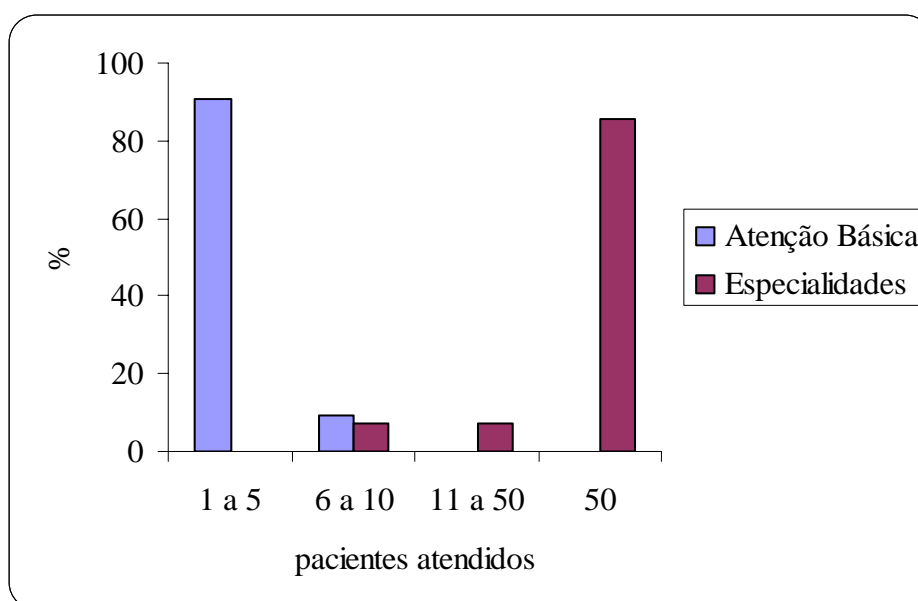


Figura 4 – Porcentagem em relação ao total de cirurgiões-dentistas respondentes de acordo com o nível de atenção e a quantidade de pacientes portadores de FLP atendidos.

Conforme exposto na Tabela 10, dos profissionais que atenderam pacientes portadores de FLP, 59,6% mencionaram que, com relação à reparação cirúrgica da fissura, a situação em que o paciente mais costumeiramente se apresentou quando buscou tratamento odontológico foi com cirurgia de lábio e/ou palato já realizada e, 22,8% dos profissionais mencionaram ter recebido pacientes sem ter sido realizado nenhum procedimento cirúrgico para fechamento da fenda.

Tabela 10. Frequências e porcentagens das informações associadas à situação em que o paciente mais costumeiramente se apresenta no atendimento.

Características	Frequência	%
Situação do paciente		
Não operado	13	22,8
Lábio operado	18	31,6
Lábio e palato operado	34	59,6
Lábio, palato e enxerto ósseo	7	12,3

Ao comparar os grupos de profissionais de acordo com o nível de atenção em que trabalham, percebe-se que tanto os cirurgiões-dentistas da atenção básica assim como os especialistas mencionaram, em sua maioria, receber os pacientes para atendimento odontológico com as cirurgias de fechamento da fenda já realizadas. Dos profissionais da atenção básica que atenderam pacientes portadores de FLP, 8,8% mencionaram ter atendido

paciente ainda não operado e, dos especialistas, 21,4% mencionaram ter atendido pacientes não operados. (Tabela 11)

Conforme os dados explicitados, a atuação do cirurgião-dentista no atendimento aos portadores de FLP está sendo realizada após já ter sido realizado alguma cirurgia de reparação da fenda. Esse dado sugere que as etapas do cuidado e da assistência odontológica desde o nascimento da criança não estão sendo realizadas pelo cirurgião-dentista, ficando essa fase inicial do cuidado mais restrita às maternidades e ao atendimento médico-hospitalar.

Em um estudo realizado por Furlaneto; Robinson; Borges-Osário (2003), verificaram que a primeira consulta ao dentista, em 62% dos pacientes, foi realizada em idade igual ou superior a 3 anos.

Segundo Guimarães; Fonseca; Ferreira (2003), o cirurgião-dentista é um profissional que deve estar presente no pré e pós-operatório desses pacientes, o seu trabalho vai desde o aconselhamento aos pais para a promoção da saúde bucal, intervenção para controle das doenças bucais além do atendimento especializado na reabilitação cirúrgica, ortodôntica e protética.

Ao analisar as ações realizadas pelos profissionais ao atenderem pacientes portadores de FLP, ao considerar o grupo de profissionais de acordo com o nível de atenção, tanto os procedimentos curativos quanto os educativo/preventivos e de acolhimento, houve diferença estatística ($p < 0,05$). As ações, em geral, são mais realizadas por especialistas em relação aos profissionais da atenção básica. A ação do acolhimento do paciente e família (referida por 19,3% dos profissionais) e a realização de procedimentos educativos e preventivos (referida por 26,3% dos profissionais) foram ações citadas por uma menor parcela de cirurgiões-dentistas da atenção básica ao comparar com a realização de procedimentos cirúrgico/restauradores, onde 33,3% dos profissionais mencionaram ter realizado. Já os especialistas (71,4%) mencionaram ter realizado as ações de acolhimento do paciente e família e de procedimentos educativo-preventivos. (Tabela 11)

Tabela 11. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção e probabilidades do teste para diferença entre duas proporções para os itens quanto à situação do paciente, ação realizada e instituição de encaminhamento.

Características	Categorias	Grupo de profissionais de acordo com o Nível de Atenção		p-valor
		Atenção	Especialidades	
		Básica		
Situação do paciente	Não operado	10 (8,8%)	3 (21,4%)	0,262
	Lábio	14 (12,3%)	4 (28,6%)	0,191
	Lábio e palato	23 (20,2%)	11 (78,6%)	<0,001
	Lábio, palato e enxerto ósseo	3 (2,6%)	4 (28,6%)	0,033
Ação realizada	Acolhimento do paciente e família	22 (19,3%)	10 (71,4%)	<0,001
	Proced. cirúrgico/restaurador	38 (33,3%)	7 (50,0%)	0,236
	Proced. educativo/preventivo	30 (26,3%)	10 (71,4%)	<0,001
	Encam. para especialistas	16 (14,0%)	12 (85,7%)	<0,001
	Profilaxia, fluoroterapia	29 (25,4%)	4 (28,6%)	0,806
	Periodontia	5 (4,4%)	3 (21,4%)	0,126
	Endodontia	2 (1,8%)	2 (14,3%)	0,184
	Prótese	1 (0,9%)	2 (14,3%)	0,153
	Cirurgia de correção de fissura	0 (0,0%)	5 (35,7%)	0,005
	Ortodontia	1 (0,9%)	6 (42,9%)	0,002
Instituição de encaminhamento	Centros reabilitadores especializados	24 (21,1%)	8 (57,1%)	0,009
	Hospitais	11 (9,6%)	5 (35,7%)	0,047
	Atenção Básica de Saúde	1 (0,9%)	5 (35,7%)	0,007

Segundo Merhy (2007), o acolhimento prevê a oferta de serviços às necessidades demandadas, bem como a responsabilização integral pelos problemas de saúde, por meio das tecnologias disponíveis.

Os centros/núcleos especializados têm desenvolvido um trabalho de humanização do atendimento através do acolhimento em salas de espera e acolhimento dos novos casos que chegam para tratamento com o apoio da assistência psicossocial (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007). Porém, essa prática ainda não está evidente no processo de trabalho dos profissionais da atenção básica os quais devem desenvolver e aprimorar esse dispositivo como uma ferramenta que deve ser utilizada em busca da organização dos serviços a partir da escuta dos usuários objetivando a humanização do atendimento.

Percebe-se o predomínio das ações centradas em procedimentos cirúrgico-restauradores seguindo a lógica das ações no modelo do paradigma hegemônico, o qual

privilegia uma prática focada na cura e nas especialidades que tende a levar o profissional a privilegiar o conhecimento biológico em detrimento do social, o individual em relação ao coletivo, o curativo em relação ao preventivo. (GOMES, 1997)

É importante destacar que a atenção a essa população não requer apenas a realização dos reparos cirúrgicos, mas o acompanhamento continuado e de longo prazo do paciente e sua família. Além disso, ao se tratar do tema necessidade de saúde, deve-se considerar não apenas os aspectos relacionados ao acesso e aos cuidados identificados e oferecidos pelos profissionais/equipes de serviços, mas também aqueles referidos pelos indivíduos (MONLLEÓ, 2004).

A reabilitação do portador de FLP, enquanto serviço é um conjunto de ações de atenção á saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, prevenção e assistência. (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Merhy (1998), alerta para a perda da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias dependentes de equipamentos e uma obstinação pela objetivação dos problemas de saúde, a ponto de descontextualizá-los dos seus portadores.

Para CECÍLIO (2001), é necessário organizar a atenção e capacitar os profissionais para a escuta das necessidades de saúde dos indivíduos. O esforço de cada integrante da equipe, e desta como um todo, para traduzir e atender às necessidades de saúde captadas em sua dimensão individual definiria a prática da integralidade necessária no espaço dos serviços de saúde.

Os especialistas executam mais a ação de encaminhar o paciente em 85,7%, sendo pouco realizada pelos profissionais da atenção básica (14%). Provavelmente devido ao fato de que o paciente que procura atendimento na atenção básica, já estarem em tratamento em um centro de referência ou também pelo fato de o profissional da atenção básica não diagnosticar fatores que impliquem em realizar o encaminhamento.

Quanto às instituições para as quais os pacientes são encaminhados para tratamento, também houve diferença estatística ($p < 0,05$) ao comparar entre os grupos de profissionais de acordo com o nível de atenção. Os profissionais da atenção básica costumam encaminhar menos seus pacientes do que os especialistas e, ao encaminhar, eles citam como referência os centros especializados. 35,7% ou seja, apenas 5 dos especialistas mencionaram encaminhar seus pacientes para a atenção básica. Esse dado indica que os especialistas não costumam realizar a ação de encaminhar seus pacientes para os

profissionais da atenção básica, o que favorece em o atendimento estar mais restrito às especialidades. (Tabela 11)

Devido à complexidade do tratamento ao portador de FLP, compreende-se o envolvimento de múltiplas especialidades, envolvendo várias áreas de conhecimento. Esta complexidade necessita, pelo menos em parte, de incorporação de tecnologia e de conhecimentos especializados, objetivando a oferta de uma melhor atenção possível (STRAUSS, 1998).

Entretanto, Cecílio (2001) destaca que em um modelo de assistência organizado com serviços superespecializados, dirigidos a demandas pontuais e específicas, não têm compromisso com a integralidade da assistência em sua conceituação mais ampliada e, por isso, não conseguem atender, de maneira plena, às necessidades de saúde dos indivíduos.

Considerando que a reabilitação ao portador de FLP é um conjunto de ações de atenção à saúde, ou seja, além da atenção específica da sua própria condição, é um cidadão como os demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. (BRASIL, 1999). Dessa forma, a atenção básica necessita esgotar os limites de suas possibilidades, na propedêutica e na clínica, dando uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade (FORNI, et al., 2004).

Conforme a Figura 5, quanto à realização dos procedimentos, nota-se que a maior graduação de dificuldade encontra-se na realização do enxerto ósseo e para conseguir vagas no hospital. A falta de vagas no hospital para a realização das cirurgias é uma realidade enfrentada tanto pelos médicos como pelos cirurgiões bucomaxilofaciais, os quais disputam vagas e leitos nos hospitais com a população em geral, sendo essa uma lacuna na operacionalização do sistema.

Considerando a escala de 0 a 4, com uma média de 2,19 a manutenção de uma adequada higiene bucal foi mencionada como uma dificuldade encontrada pelos cirurgiões-dentistas. Sendo esse um fator que aumenta o risco para o desenvolvimento de doenças bucais tal como a cárie e doença periodontal, os portadores de FLP apresentam um risco aumentado de desenvolvê-las (SILVA, 2006), ocasionadas pelo conjunto de fatores biopsicosociais, implicando na necessidade atenção adicional a essa população, no entanto, um acompanhamento de manutenção é considerado de difícil operacionalização.

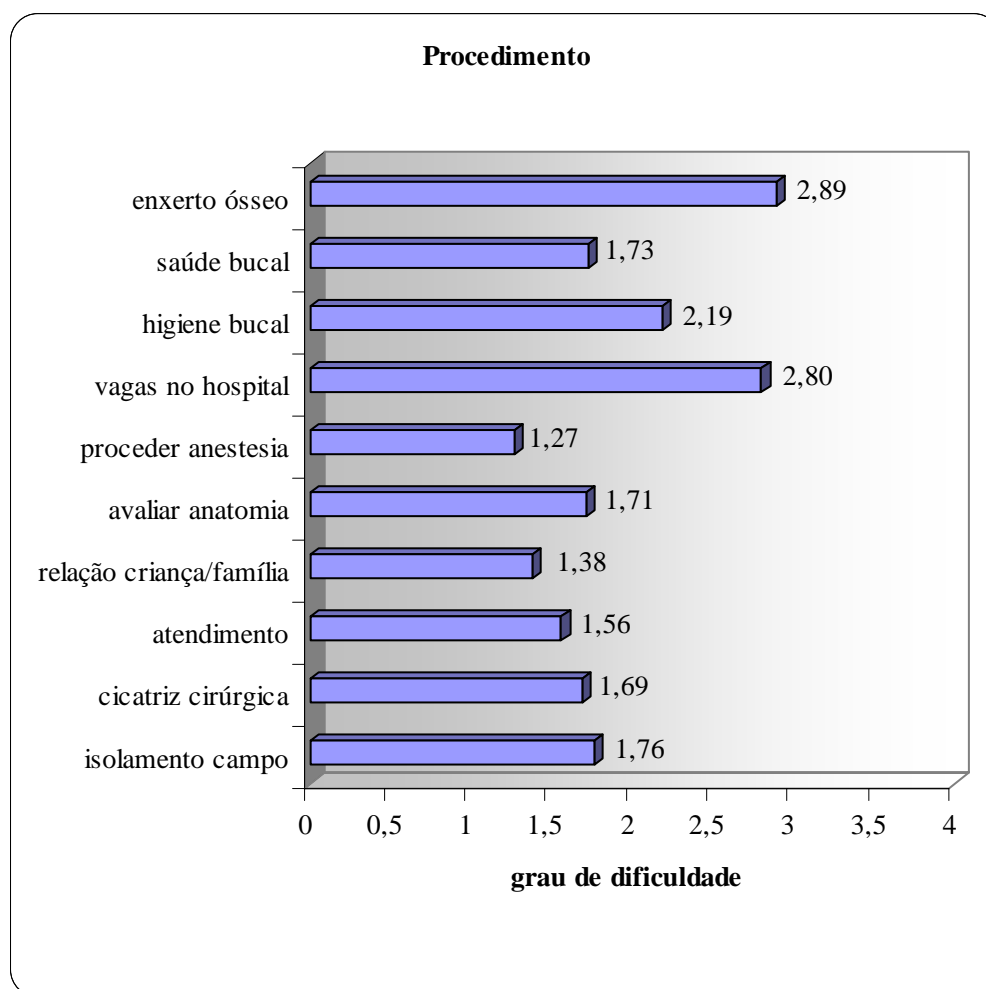


Figura 5 – Valor médio do grau de dificuldade encontrado pelos cirurgiões-dentistas para a realização dos procedimentos relacionados.

De acordo com a Tabela 12, nota-se que existe diferença estatística ($p < 0,05$) entre os grupos de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção com relação à manutenção da higiene bucal adequada, sendo que 91,7% dos especialistas mencionaram como alta dificuldade ao passo que 48,6% dos profissionais da atenção básica a considerou como uma dificuldade média.

A alta dificuldade enfrentada pelas especialidades quanto à manutenção da higiene bucal, é percebida principalmente pela ortodontia que, em função dos retornos de consultas de prosseguimento do tratamento, consegue obter um acompanhamento da evolução desses pacientes e, pela cirurgia devido ao fato de que uma adequada condição bucal é fundamental para a realização da mesma.

Influência de fatores biológicos como a presença de dentes supranumerários, várias maloclusões e anomalias dentárias podem ocorrer junto com a FLP (JONES, 1988), bem como o posicionamento atípico dos dentes e a presença de uma fibrose cicatricial na região

do reparo cirúrgico além da própria fenda, constituindo fatores que dificultam a limpeza, compondo um meio favorável de desenvolvimento de infecções e doenças nos tecidos bucais como a cárie e doenças gengivais (SILVA; BORDON, DUARTE, 2003; VILELA, SACRAMENTO; GOMIDE, 1996; ALVES, 2004; LAGES, MARCOS, PORDEUS, 2000).

Segundo Rocha e Telles (1990), o comprometimento da saúde dos tecidos bucais causa vários prejuízos para o paciente. A primeira implicação ocorre com a realização das cirurgias, que devem ser realizadas com a adequada condição bucal para evitar a contaminação da área cirúrgica, prejudicial para o período de recuperação pós-cirúrgica, bem como ocasionar perdas dentárias precoces que só vêm a dificultar ainda mais o tratamento e complicar o prognóstico.

Devido a esses fatores, os portadores de FLP necessitam de uma atenção e acompanhamento continuado, uma terapia de suporte com procedimentos preventivos adicionais, o que é fundamental para a obtenção do sucesso do tratamento.

Acompanhar a saúde bucal também foi apresentado como uma alta dificuldade para os especialistas (46,2%). Ao passo que os profissionais da atenção básica parecem considerá-la como uma baixa dificuldade (53,1%). (Tabela 12) Considerando que os centros especializados de referência estão distantes das residências dos pacientes, esse dado condiz com a realidade enfrentada por esse grupo de profissionais. Entretanto, a realização desse procedimento também compete aos profissionais da atenção básica que estão próximos da residência dos pacientes, onde eles podem estar sendo assistidos pela equipe de saúde local, a qual pode dar o suporte, acompanhamento e atenção continuada ao paciente, sejam por ações preventivo/educativas ou assistências conforme seus limites de atuação tecnológica.

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, a reabilitação é um conjunto de ações de atenção à saúde, ou seja, além da atenção específica da sua própria condição, é um cidadão como os demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. Nesse sentido, à assistência a saúde deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, não deverá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1999).

Tabela 12. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas e de acordo com o nível de atenção e probabilidades do teste exato de Fisher para a associação entre nível de atenção com os procedimentos relacionados e selecionados de acordo com o grau de dificuldade para a sua realização.

Características	Categorias	Grupo de profissionais de acordo com o Nível de Atenção		p-valor
		Atenção	Especialidades	
		Básica		
Dificuldade para realizar o enxerto ósseo	Baixa dificuldade	0 (0,0%)	5 (41,7%)	0,106
	Média dificuldade	0 (0,0%)	1 (8,3%)	
	Alta dificuldade	7 (100,0%)	6 (50,0%)	
Acompanhar a saúde bucal	Baixa dificuldade	17 (53,1%)	2 (15,4%)	0,064
	Média dificuldade	7 (21,9%)	5 (38,5%)	
	Alta dificuldade	8 (25,0%)	6 (46,2%)	
Manter a higiene bucal adequada	Baixa dificuldade	9 (25,7%)	1 (8,3%)	<0,001
	Média dificuldade	17 (48,6%)	0 (0,0%)	
	Alta dificuldade	9 (25,7%)	11 (91,7%)	
Garantir vagas no hospital	Baixa dificuldade	2 (14,3%)	3 (27,3%)	0,623
	Média dificuldade	3 (21,4%)	1 (9,1%)	
	Alta dificuldade	9 (64,3%)	7 (63,6%)	
Proceder à anestesia	Baixa dificuldade	15 (68,2%)	5 (62,5%)	0,999
	Média dificuldade	2 (9,1%)	1 (12,5%)	
	Alta dificuldade	5 (22,7%)	2 (25,0%)	
Avaliar a anatomia da fissura	Baixa dificuldade	7 (36,8%)	6 (50,0%)	0,660
	Média dificuldade	6 (31,6%)	4 (33,3%)	
	Alta dificuldade	6 (31,6%)	2 (16,7%)	
Trabalhar a relação criança/família	Baixa dificuldade	14 (70,0%)	1 (11,1%)	0,010
	Média dificuldade	5 (25,0%)	6 (66,7%)	
	Alta dificuldade	1 (5,0%)	2 (22,2%)	
Manejo da criança no atendimento	Baixa dificuldade	13 (50,0%)	4 (40,0%)	0,045
	Média dificuldade	10 (38,5%)	1 (10,0%)	
	Alta dificuldade	3 (11,5%)	5 (50,0%)	
Lidar com a cicatriz cirúrgica	Baixa dificuldade	10 (50,0%)	2 (22,2%)	0,182
	Média dificuldade	6 (30,0%)	2 (22,2%)	
	Alta dificuldade	4 (20,0%)	5 (55,5%)	
Realizar isolamento do campo operatório para restauração, exodontia	Baixa dificuldade	11 (42,3%)	3 (42,9%)	0,767
	Média dificuldade	8 (30,8%)	1 (14,3%)	
	Alta dificuldade	7 (26,9%)	3 (42,9%)	

Outra relação estatística significativa com $p = 0,010$ foi com relação ao grau de dificuldade em trabalhar a relação criança/família, onde 70% dos profissionais da atenção

básica mencionaram como baixa dificuldade e 66,7% dos especialistas a consideraram como uma média dificuldade. Os profissionais da atenção básica, por estarem próximos da residência do usuário, têm a possibilidade de estabelecerem o vínculo, o cuidado com a família e a criança, podendo trabalhar a relação criança/família com maior tranquilidade.

Segundo diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) têm o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente. Destaca-se: o cuidado como eixo de reorientação do modelo; a humanização do processo de trabalho; a co-responsabilização dos serviços e o desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado (BRASIL(d), 2006).

Merhy (1998) propõe uma retomada do foco da atenção à saúde de profissional-centrada (ou procedimento-centrada) em usuário-centrada e vê no desenvolvimento de tecnologias próprias dos relacionamentos/interações/práticas (tecnologias leves) um meio de reestabelecer o encontro, acolher, respeitar e cuidar do outro, medindo-se pelo outro.

Quanto ao manejo da criança durante o atendimento, a maioria dos profissionais da atenção básica não referiu ter grande dificuldade nesse quesito, visto que apenas 11,5% apresentaram alta dificuldade. Procedimentos técnicos como a anestesia, também não apareceu como uma dificuldade para a maioria dos profissionais desse nível de atenção.

Outro procedimento que a maioria dos cirurgiões-dentistas (42,3%) da atenção básica mencionaram apresentar baixa dificuldade é a realização do isolamento do campo operatório para a realização de procedimentos cirúrgicos-restauradores.

De acordo com Altman (1997), a prática vivenciada demonstra que o atendimento odontopediátrico do paciente portador de FLP segue os mesmos pressupostos teórico/práticos que fundamentam a clínica odontopediátrica.

O tratamento do paciente com FLP não difere do tratamento de outro paciente exceto por simples cuidados no atendimento, em se tratando de paciente com fenda aberta. O cirurgião-dentista, quando conhecedor das particularidades dos pacientes portadores de FLP pode atendê-los, evitando com isso a necessidade da procura constante aos centros especializados (GUIMARÃES; FONSECA; FERREIRA, 2003).

A partir dos resultados, percebe-se que os profissionais da atenção básica não encontram maiores dificuldades em lidar com a FLP bem como na realização dos

procedimentos técnicos.

5.1.4 Avaliação do sistema de referência e contra-referência

O sistema de referência e contra-referência é constituinte da promoção do princípio da integralidade do SUS, caracterizado por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL(e), 2006).

Segundo Juliani; Ciampone (1999), o sistema de referência e contra-referência é um dos pontos chave para viabilizar a operacionalização do SUS, uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento do paciente aos diversos níveis de atenção torna-se possível.

O relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde salienta que o encaminhamento é um processo que deve se desenvolver em dois sentidos. A retenção do paciente numa instituição deve ser o mais breve possível e tão logo seu restabelecimento possa ser mantido por meios mais simples, o melhor é fazê-lo retornar à comunidade e fornecer informações claras sobre as constatações clínicas e o tratamento ministrado, bem como sobre a atenção adicional requerida (OMS, 1978).

Para avaliar o sistema de referência e contra-referência, estudou-se as dificuldades de encaminhamentos, acesso aos serviços, a manutenção do tratamento do paciente e o cumprimento dos prazos cirúrgico-ortodônticos, a referência a contra-referência bem como as formas de encaminhamento.

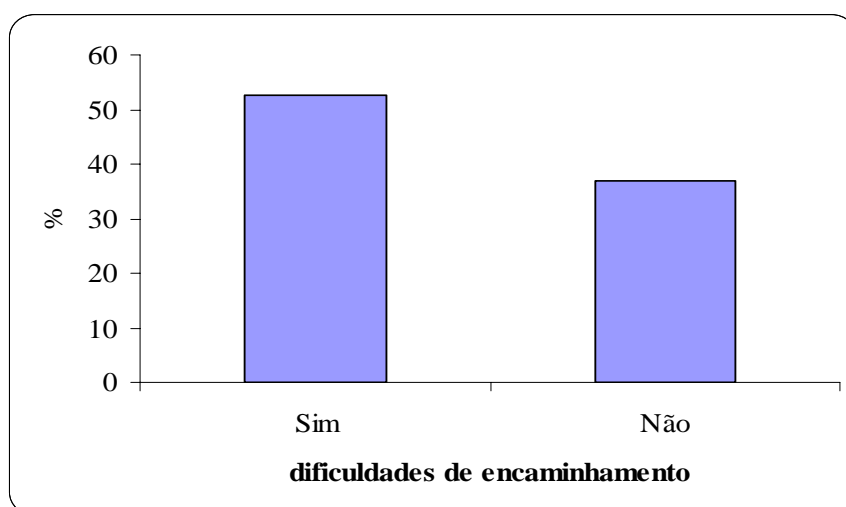


Figura 6. Porcentagem das informações quanto à dificuldade encontrada pelos cirurgiões-dentistas para realizar o encaminhamento.

Ao avaliar a referência (encaminhamento), observa-se que 52,6% dos cirurgiões-dentistas mencionaram encontrar dificuldades em encaminhar seus pacientes. (Figura 6)

Ao avaliar a contra-referência, 43,9% dos profissionais mencionaram nunca ter recebido retorno dos encaminhamentos que foram realizados para outro nível de atenção à saúde e, 24,6% quase nunca receberam. Essas constatações indicam que há falhas no mecanismo de referência e contra-referência. (Figura 7)

Maeda (2002) ao avaliar os mecanismos de referência e contra-referência, concluiu que, os mecanismos de referência e contra-referência, os formais e informais, não garantem o acesso aos distintos níveis. Uma hierarquia por nível de complexidade existe empiricamente, onde cada qual desenvolve ações dentro das fronteiras da tecnologia e limite de recursos de produção, sem a efetiva coordenação do Estado como legítima função.

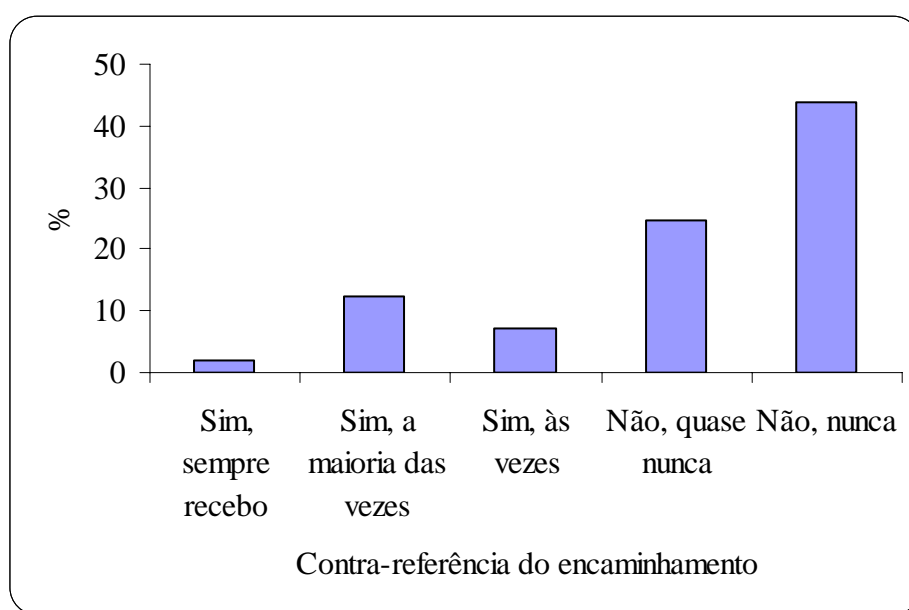


Figura 7. Porcentagem de informações associadas à contra-referência do encaminhamento

Através dos resultados da Tabela 13, nota-se que existe associação estatística com $p < 0,001$ entre os grupos de profissionais de acordo com o nível de atenção e a contra-referência. A maioria dos cirurgiões-dentistas especialistas (64,3%) mencionou ter recebido a contra-referência, porém isso não ocorre com os profissionais da atenção básica em que 91,9% mencionaram não ter recebido a contra-referência.

Tabela 13. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção e probabilidades do exato de Fisher para a associação entre nível de atenção e contra-referência.

Grupo de profissionais de				
Características	Categorias	acordo com o Nível de Atenção		p-valor
		Atenção Básica	Especialidades	
Contra-referência do encaminhamento	Sim	3 (8,1%)	9 (64,3%)	<0,001
	Não	34 (91,9%)	5 (35,7%)	

Quanto à forma como os profissionais mais costumeiramente utilizam para encaminhar os seus pacientes, percebe-se que houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos de profissionais de acordo com o nível de atenção em que trabalham, onde os especialistas executam mais a ação de encaminhar os pacientes do que os profissionais da atenção básica. 57,1% dos especialistas mencionaram utilizar um formulário específico de sua instituição e 42,9% deles mencionam uma orientação por escrito como forma de encaminhar. Já os profissionais da atenção básica, 19,3% mencionaram utilizar o formulário do SUS e, 6,1% mencionaram utilizar a orientação verbal como forma de encaminhar seus pacientes. (Figura 8)

A forma verbal de encaminhamento não representa eficácia e nem a corresponsabilidade do tratamento por parte do profissional; ao mesmo tempo em que o paciente teve o acesso ao serviço de saúde não lhe foi assegurado a garantia da continuidade do tratamento, uma vez que o encaminhamento por escrito é condição *sine qua non* para que seja possível criar possibilidades de prosseguir o tratamento conforme o fluxo do sistema.

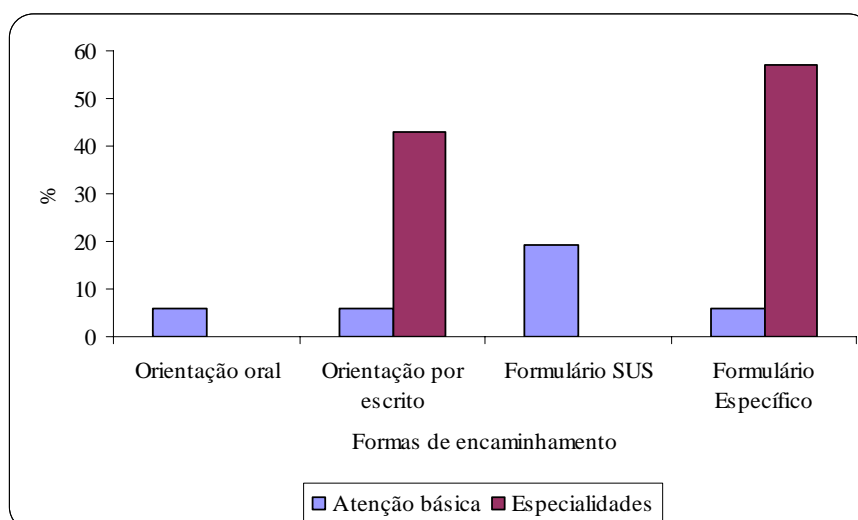


Figura 8. Porcentagem em relação ao total de cirurgiões-dentistas de acordo com o nível de atenção quanto à forma de encaminhamento.

A Figura 9 mostra o grau de dificuldade encontrado pelos profissionais em geral, ao exercer as atividades elencadas e que estão graduadas em uma escala de 0 a 4.

Observa-se que os profissionais mencionaram encontrar significativo grau de dificuldade no exercício das atividades em todos os itens elencados, entretanto, percebe-se encontrar maior dificuldade em garantir o encaminhamento a outros níveis de atenção (3,33) e em conseguir cumprir com os prazos cirúrgico-ortodônticos (3,39).

A falta da garantia do referenciamento é uma lacuna na integralidade da assistência, uma vez que a garantia do acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde compõe um dos sentidos da integralidade (PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2007).

A escassez de recursos humanos especializados para o atendimento dessa população bem como a falta da estrutura hospitalar para a realização das cirurgias as quais são realizadas no centro cirúrgico do hospital onde há “disputa” de vagas e leitos entre cirurgias diversas são fatores que dificultam o referenciamento.

A assistência especializada é norteadada pela proposta de hierarquização dos serviços de média e alta complexidade como medida de acesso e de ordenação da atenção á saúde de portadores desses defeitos no Brasil (BRASIL, 2002). Entretanto, segundo Narvai (2005), para que se possa assegurar o acesso e o atendimento dos indivíduos aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência.

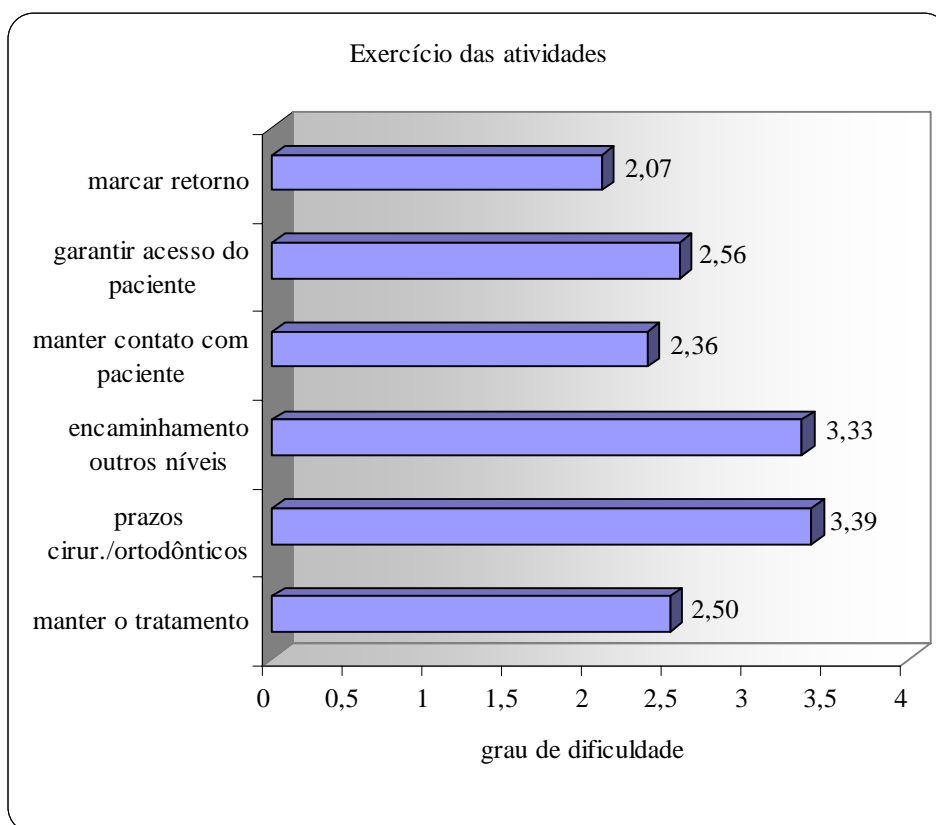


Figura 9 – Valor médio do grau de dificuldade encontrado pelos cirurgiões-dentistas, ao exercício das atividades elencadas com relação ao tratamento do paciente portador de FLP.

Com relação aos itens de manter o contato com os pacientes e manter o paciente em tratamento, ao considerar os grupos de profissionais de acordo com o nível de atenção em que trabalham, existe associação estatística ($p < 0,05$) onde, a maioria dos profissionais da atenção básica (59,1%) mencionou apresentar alto grau de dificuldade enquanto que a maioria dos especialistas (60%) mencionou apresentar dificuldade média na execução dessas atividades.

Nos itens marcar retornos, garantir o acesso do paciente, garantir seu encaminhamento a outros níveis de atenção e cumprir os prazos cirúrgico-ortodôntico foi mencionado como alta dificuldade pela maioria dos cirurgiões-dentistas. (Tabela 14)

Esses resultados refletem a falta do acesso aos serviços odontológicos em todos os níveis de atenção, enfrentado por essa população, durante a busca pelo tratamento. Embora tenha havido grandes avanços de cobertura da atenção odontológica no país nos últimos anos, a odontologia ainda tem muito a avançar para deixar de ser excludente e caminhar em direção ao cumprimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Monlleó (2004), também trás a reflexão de que, além das dificuldades em manter

um cronograma regular de consulta de prosseguimento do tratamento dos portadores de anomalias craniofaciais no país, há falta de estabelecimento de vínculos com a equipe de assistência e com os serviços, fatores que também dificultam o acesso aos serviços.

Tabela 14. Frequências e porcentagem em relação ao total de cirurgiões-dentistas em cada nível de atenção e probabilidades do teste exato de Fisher para a associação entre nível de atenção e as dificuldades para executar as atividades.

Características	Categorias	Grupo de profissionais de acordo com o Nível de Atenção		p-valor
		Atenção Básica	Especialidades	
Marcar retornos	Baixa dificuldade	7 (36,8%)	4 (44,4%)	0,674
	Média dificuldade	4 (21,1%)	3 (33,3%)	
	Alta dificuldade	8 (42,1%)	2 (22,2%)	
Garantir o acesso do paciente	Baixa dificuldade	6 (23,1%)	4 (40,0%)	0,738
	Média dificuldade	3 (11,5%)	1 (10,0%)	
	Alta dificuldade	17 (65,4%)	5 (50,0%)	
Manter o contato com os pacientes	Baixa dificuldade	4 (17,4%)	4 (40,0%)	0,010
	Média dificuldade	7 (30,4%)	6 (60,0%)	
	Alta dificuldade	12 (52,2%)	0 (0,0%)	
Garantir o encaminhamento do paciente a outros níveis de atenção a saúde	Baixa dificuldade	1 (5,0%)	1 (10,0%)	0,101
	Média dificuldade	1 (5,0%)	3 (30,0%)	
	Alta dificuldade	18 (90,0%)	6 (60,0%)	
Cumprir os prazos cirúrgico-ortodônticos de acordo com o protocolo	Baixa dificuldade	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0,618
	Média dificuldade	2 (15,4%)	3 (30,0%)	
	Alta dificuldade	11 (84,6%)	7 (70,0%)	
Manter o paciente em tratamento	Baixa dificuldade	6 (27,3%)	2 (20,0%)	0,027
	Média dificuldade	3 (13,6%)	6 (60,0%)	
	Alta dificuldade	13 (59,1%)	2 (20,0%)	

5.1.5 Opinião dos profissionais envolvidos no estudo

Nesse item avaliou-se a opinião dos profissionais referentes às responsabilidades com relação ao portador de FLP. Através da Figura 10 nota-se que a maioria dos profissionais mencionou ser responsável direto pelos encaminhamentos, diagnóstico e atividades educativo/preventivas. Chama a atenção para o item acompanhamento do

paciente onde não se verificou um elevado grau de responsabilidade e sim um médio grau de responsabilidade por essa ação.



Figura 10 – Valor médio do grau de responsabilidade encontrado para as responsabilidades profissionais dos cirurgiões-dentistas com relação ao paciente portador de FLP.

De acordo com a Tabela 15, houve diferença estatística ($p < 0,05$) entre os grupos de profissionais de acordo com o nível de atenção em que trabalham, em relação às visitas domiciliares, realização de cirurgias de reparo de fissuras, atividades preventivo/educativas em saúde bucal, atendimento clínica geral e atendimento clínico especializado.

Tabela 15. Frequências e porcentagens em relação ao total de cirurgiões-dentistas em cada nível de atenção para a associação entre nível de atenção e responsabilidades.

para a associação entre nível de atenção e responsabilidades.				
Características	Categorias	Grupo de profissionais de acordo com o Nível de Atenção		p-valor [¶]
		Atenção	Especialidades	
		Básica		
RESPONSABILIDADES				
Diagnóstico	Baixa responsabilidade	6 (5,5%)	0 (0,0%)	0,759
	Média responsabilidade	5 (4,6%)	1 (7,7%)	
	Alta responsabilidade	98 (89,9%)	12 (92,3%)	
Encaminhamentos	Baixa responsabilidade	3 (2,7%)	1 (7,7%)	0,139
	Média responsabilidade	6 (5,5%)	2 (15,4%)	
	Alta responsabilidade	101 (91,8%)	10 (76,9%)	
Visitas domiciliares	Baixa responsabilidade	45 (44,1%)	10 (83,3%)	0,011
	Média responsabilidade	19 (18,6%)	2 (16,7%)	
	Alta responsabilidade	38 (37,3%)	0 (0,0%)	
Suporte/acompanhamento do paciente e família ao longo do tratamento	Baixa responsabilidade	35 (32,4%)	3 (23,1%)	0,421
	Média responsabilidade	23 (21,3%)	5 (38,5%)	
	Alta responsabilidade	50 (46,3%)	5 (38,5%)	
Realização de cirurgias de reparo de fissura	Baixa responsabilidade	86 (83,5%)	5 (35,7%)	<0,001
	Média responsabilidade	5 (4,9%)	2 (14,3%)	
	Alta responsabilidade	12 (11,7%)	7 (50,0%)	
Atividades preventivo/educativas em saúde bucal	Baixa responsabilidade	4 (3,7%)	2 (15,4%)	0,002
	Média responsabilidade	5 (4,6%)	4 (30,8%)	
	Alta responsabilidade	100 (91,7%)	7 (53,8%)	
Atendimento clinica geral	Baixa responsabilidade	6 (5,5%)	5 (38,5%)	<0,001
	Média responsabilidade	13 (11,8%)	3 (23,1%)	
	Alta responsabilidade	91 (82,7%)	5 (38,5%)	
Atendimento clínico especializado	Baixa responsabilidade	75 (71,4%)	1 (8,3%)	<0,001
	Média responsabilidade	11 (10,5%)	3 (25,0%)	
	Alta responsabilidade	19 (18,1%)	8 (66,7%)	

[¶] probabilidade do teste exato de Fisher

Quanto à responsabilidade na realização de visitas domiciliares, a maioria dos profissionais da atenção básica mencionou como uma baixa responsabilidade em 44,1% e alta responsabilidade por 37,3% dos profissionais. Já os especialistas, 83,3% mencionaram baixa responsabilidade por essa atividade.

A atenção domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe

interdisciplinar no domicílio do usuário-família, a partir do diagnóstico da realidade e que está inserido, de seus potenciais e limitações. Devem ser realizadas pelos profissionais a partir de prioridades pré-definidas para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais. A Equipe Saúde da Família deve articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a prevenção da autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2006d).

As visitas domiciliares é uma prática de assistência à saúde realizada pelos profissionais trabalhadores da atenção básica cabendo a eles a responsabilidade direta por essa ação. Embora tenha sido implantada na odontologia com a Estratégia da Saúde da Família, ainda é uma prática que não faz parte do processo de trabalho da maioria dos cirurgiões-dentistas.

O item realização de cirurgias de reparo da fissura apresentou significância estatística com $p < 0,001$ por ser referido como uma responsabilidade dos profissionais especialistas.

Com relação às atividades educativo/preventivas, houve diferença estatística com $p = 0,002$ entre os níveis de atenção. 91,7% dos profissionais da atenção básica e 53,8% dos especialistas mencionaram como alta responsabilidade. Quanto ao atendimento clínico geral, 82,7% dos profissionais da atenção básica mencionaram apresentar alta responsabilidade por essa atividade.

Quanto ao diagnóstico, encaminhamento e ao suporte e acompanhamento do paciente e família ao longo do tratamento, não houve diferença estatística ($p < 0,05$) entre os grupos de profissionais onde a maioria mencionou ter alta responsabilidade por essas ações.

Ao perguntar aos profissionais sobre o que é necessário para o atendimento adequado ao portador de FLP no local de trabalho, surgiram seis categorias, conforme o quadro 2 apresentado na metodologia.

Ao cruzar as categorias com os grupos de profissionais de acordo com o nível de atenção e entre as cidades, obtiveram-se os seguintes resultados conforme as Figuras 11 e 12. Observou-se que os profissionais da atenção básica de ambas as cidades relataram a necessidade de conhecimento, ou seja, na categoria conhecimento os profissionais solicitam uma capacitação ou treinamento para que possam atender a esses pacientes adequadamente.

Através do resultado do teste estatístico, observou-se diferença significativa entre as cidades quanto ao referenciamento com $p < 0,001$ para o grupo de profissionais da atenção

básica, onde 77,9% dos profissionais de Florianópolis relataram à necessidade de referenciamento, ou seja, conhecer as referências para o encaminhamento, já em Joinville, 8,5% refere essa necessidade. Para a categoria especialidade, também houve diferença significativa com $p=0,003$ onde 36,2% dos profissionais da atenção básica de Joinville relataram que o tratamento ao portador de FLP deve ser restrito ao nível de especialidade. (Figura 11)

Esses resultados comprovam que há diferenças entre as duas cidades quanto à opinião e conseqüente conduta dos profissionais. Isso ocorre porque a cidade de Joinville é sede de um núcleo especializado de referência com estrutura física e humana de serviço para receber esses pacientes, construído em parceria entre o Estado e o Município. O núcleo é cadastrado junto ao MS como Centro de Referência Estadual para Procedimentos de Alta Complexidade. O centro reúne profissionais de várias especialidades: assistência social, psicologia, fisioterapia, enfermagem, genética, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, pediatria, odontopediatria, ortodontia, periodontia, implantodontia, cirurgia bucomaxilofacial, prótese, clínica geral.

Por ter um centro especializado com todo o suporte necessário voltado para o serviço e estruturado no sistema de saúde do município, a maioria dos profissionais da atenção básica de Joinville opinou que toda a assistência deve ser realizada nesse centro. Outro fator a ser considerado, é que em Joinville a Saúde Bucal ainda não faz parte das equipes de Saúde da Família.

Apesar da diferenciação da “Equipe de Saúde Bucal” em relação à equipe como um todo; as ações de saúde da família centradas no trabalho multiprofissional e na integralidade estão a exigir de todas as áreas envolvidas, um compromisso com a saúde, em seu conceito mais ampliado. Desta forma, não haverá espaço para recortes, talvez a ESF possa ser o caminho para situar a Odontologia como uma das áreas que atuam no campo da saúde e não somente no campo da saúde bucal. Uma odontologia capaz de “pensar grande”, “pensar o todo”, planejar e agir em conjunto com a equipe. O cirurgião-dentista, definitivamente não estará mais sozinho em seu campo de trabalho, nele atuará de forma distinta, de acordo com as atribuições de cada um, muitos outros profissionais (CARCERERI, 2005).

Outro dado relevante foi que 71,4% dos profissionais especialistas de Florianópolis relataram que uma melhor condição de trabalho, ambiente, infra-estrutura, equipamentos e material humano são necessários para um atendimento mais adequado ao portador de FLP (Figura 12). Esse dado ocorre devido à falta de um centro com estrutura física e humana,

com uma equipe multiprofissional para atender a essa população. A referência para esses pacientes funciona em um serviço voltado para o ensino na UFSC e apresenta uma pequena estrutura de recursos físicos e humanos voltado para o serviço envolvendo professores e alunos.

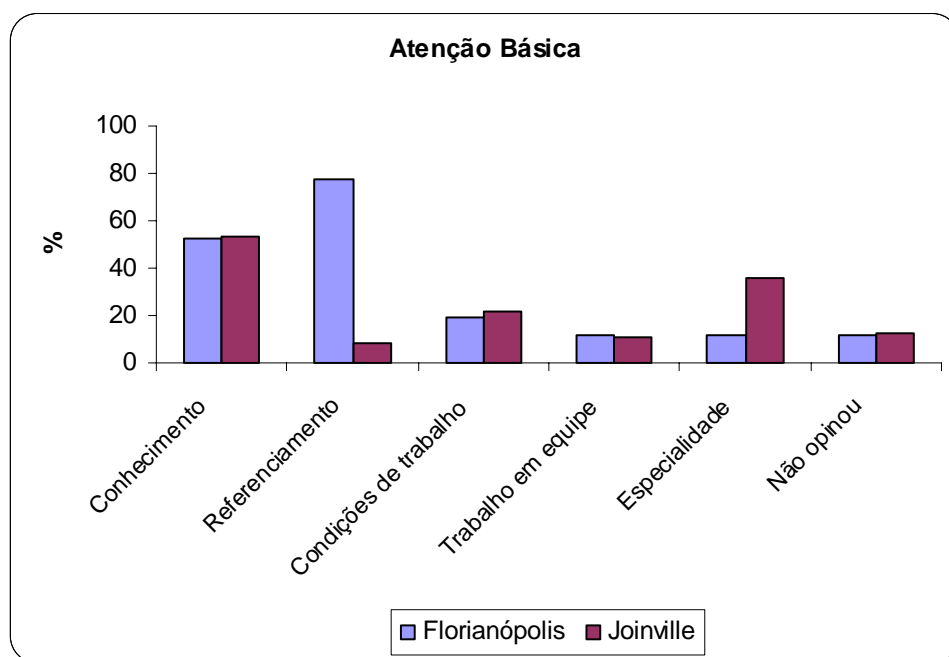


Figura 11: Associação entre cidades e grupo de profissionais da atenção básica sobre as necessidades para o adequado atendimento ao portador de FLP.

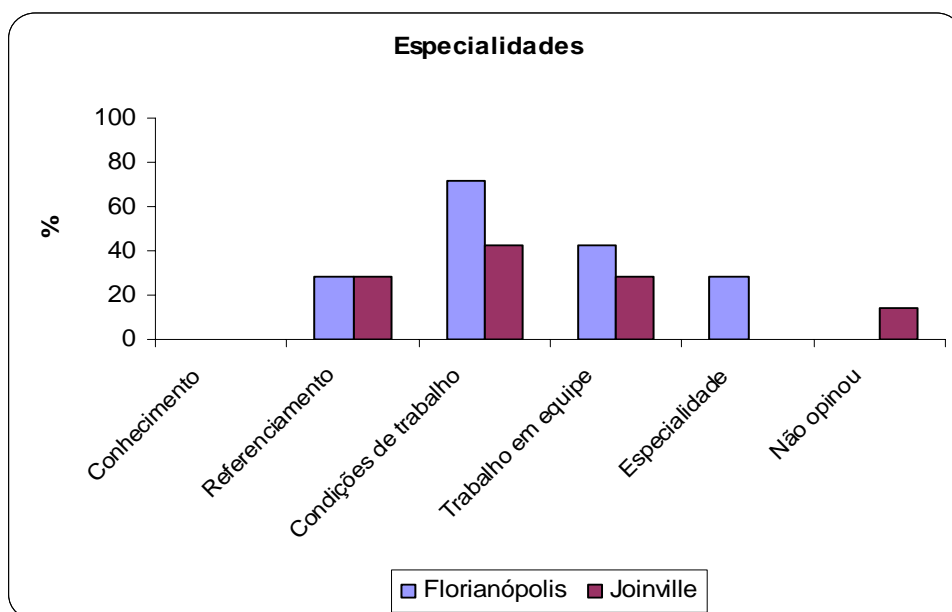


Figura 12: Associação entre cidades e grupo de profissionais das especialidades sobre as necessidades para o adequado atendimento ao portador de FLP.

5.2 REFERENTE AOS USUÁRIOS

Através da técnica de análise categorial temática, descrita por Minayo (1999), foram estabelecidas as categorias, sub-categorias e os elementos de análise organizados de acordo com a apresentação no quadro a seguir, a partir do qual está estruturada a análise.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. ASPECTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	1.1. Encaminhamentos nos três níveis de atenção a saúde 1.2. Acesso aos serviços nos três níveis de atenção a saúde 1.3. Viabilização do tratamento	1.1.1. Fluxo 1.1.2. Forma 1.1.3. Viabilidade 1.2.1. Acesso a Atenção Básica 1.2.2. Acesso ao Centro Especializado 1.2.3. Acesso ao Hospital 1.3.1. Recursos 1.3.2. Distância
2. ASPECTOS RELACIONADOS A PROCESSO DE TRABALHO	2.1. Fragilidades 2.2. Potencialidades	2.1.1. Fragmentação do tratamento 2.1.2. Tratamento restrito a especialidade 2.1.3. Recusa do atendimento 2.2.1. Acolhimento 2.2.2. Apoio da Atenção Básica
3. ASPECTOS RELACIONADOS AOS USUÁRIOS	3.1. Biológicos e psicológicos	3.1.1. Problemas sistêmicos 3.1.2. Enfrentamento das cirurgias 3.1.3. Pós-operatório

Quadro 3: Quadro de Categorias, Sub-categorias e Elementos de Análise

As categorias foram construídas a partir da análise das vozes e das vivências dos usuários diante da trajetória percorrida em busca do tratamento de reabilitação, cuja estruturação procurou responder aos objetivos da pesquisa. O referencial teórico a partir do qual foram realizadas as discussões, é pautado no princípio da integralidade.

5.2.1 Aspectos relacionados ao sistema de referência e contra-referência

Esta categoria está relacionada com os aspectos relativos aos encaminhamentos dos pacientes portadores de FLP nos três níveis de atenção no âmbito do SUS, o acesso aos serviços de saúde na busca pela reabilitação e alguns aspectos de viabilização do tratamento diante de questões relacionadas a recursos como os auxílios para o traslado até os centros de reabilitação e, ao fator distância dos centros reabilitadores.

5.2.1.1 Encaminhamentos nos três níveis de atenção à saúde

Esta sub-categoria descreve o fluxo dos encaminhamentos, as formas como os pacientes foram encaminhados e a viabilização para a realização do tratamento devido ao fator distância dos centros de reabilitação.

Investigar estes aspectos a partir das vozes dos usuários possibilita compreender melhor o caminho percorrido, as ações realizadas durante a busca pelo tratamento de reabilitação do portador de FLP.

Ao analisar os fluxos de encaminhamento, observou-se que, após o nascimento da criança, a família retorna ao lar sem encaminhamentos de consultas de prosseguimento do tratamento realizadas pelo hospital. A partir de então inicia a trajetória em busca da reabilitação, onde o usuário é orientado para procurar a atenção básica através dos postos de saúde para que o encaminhamento seja viabilizado.

“[...] eles disseram que tinha que passar pelo postinho aí, quando marcassem eles ligavam, aí marcou ligeiro... a primeira consulta dela com o cirurgião... (Mãe 4)”

“[...] Um dia ele chorando, a minha tia olhó, e disse: ele tem a boca diferente, ele não tem a campainha [...] aí levei na médica do posto de saúde. Chego lá a médica olhou e disse: realmente ele tem fenda palatina. Daí ela disse, vamos mandar ele pra um otorrino. (Mãe 18)”

O ordenamento da atenção bem como o acesso a todos os serviços de acordo com o nível de complexidade que cada caso requeira é constituinte de um dos sentidos da integralidade de acordo com os princípios do SUS. Estão previstas ações de saúde que abrangem a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL(e), 2006).

Segundo Narvai (2005), para que se possa assegurar o acesso e o atendimento dos indivíduos aos recursos que necessitam, é imprescindível que sejam estabelecidos mecanismos de referência e contra-referência, por meio dos quais os usuários são encaminhados (referência) de um setor de saúde para outro, em geral de níveis de atenção diferentes. Porém, nada impede que esse encaminhamento se dê no mesmo setor de atenção. Uma vez realizado o atendimento o usuário é encaminhado de volta (contra-referência) para o setor de saúde de origem.

Pautado na integralidade, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde, deve buscar-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades (MATTOS, 2006).

“[...] Fui pra casa, procurei o postinho, daí consegui com a pediatra que encaminhou pro Hospital Infantil, daí eu vim pra cá e continuei aqui direto (NAPADF). (Mãe 13)”

“[...] do posto de Capoeiras me encaminharam pro hospital e, do hospital daí agora... ano passado, bem no final do ano passado foi em novembro ou outubro ele fez uma cirurgia que fechou um pedacinho, a última! Daí em fevereiro ele fez a última consulta no hospital daí eles mandaram pra cá [...]. (Mãe 14)”

“[...] o Dr. X que encaminhou pra cá! É pediatra lá de Curitiba, ele atende lá particular e no posto. Foi ele que encaminhou e, daí com 13 dias que eu comecei traze ele aqui (NPRL). Mãe 9”

Conforme os relatos, os encaminhamentos, geralmente viabilizados através dos postos de saúde, prosseguem dos hospitais para os centros/núcleos especializados de referência, onde permanecem geralmente até sua total reabilitação. Os especialistas não costumam encaminhar os pacientes para a atenção básica. A referência está centrada em nível de especialidade.

Devido à complexidade do tratamento ao portador de FLP, justifica-se o envolvimento de múltiplas especialidades, envolvendo várias áreas de conhecimento. Entretanto, essa complexidade necessita, pelo menos em parte, de incorporação de tecnologia e de conhecimentos especializados (STRAUSS, 1998).

Cecílio (2001) destaca que em um modelo de assistência organizado com serviços superespecializados, dirigidos a demandas pontuais e específicas, não conseguem atender, de maneira plena, às necessidades de saúde dos indivíduos.

Considerando que a reabilitação ao portador de FLP é um conjunto de ações de atenção à saúde, ou seja, além da atenção específica da sua própria condição, é um cidadão

como os demais e necessita de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. (BRASIL, 1999). Dessa forma, os três níveis de atenção fazem parte do atendimento ao portador de FLP e, a atenção básica necessita esgotar os limites de suas possibilidades, na propedêutica e na clínica, dando uma resposta eficaz às pessoas sob sua responsabilidade (FORNI, et al., 2004).

O segundo elemento de análise da primeira sub-categoria, refere-se as formas como os encaminhamentos são realizados. Segundo relato dos usuários elas ocorrem de maneiras diversas, através de procedimentos tanto formais como informais.

“[...] Através do postinho lá do meu bairro agora [...] a pediatra (dentista) de lá foi que deu o número (telefone) pra mim ver se eu conseguia aqui com vocês. [...]aí onde ela disse ó procura lá na universidade e me deu o número aonde eu peguei e vim correr atrás. (Mãe 1)”

“[...] Fui no médico no mês passado, aí ele me deu uma cartinha pra eu entregar pra doutora, pra o encaminhamento do aparelho, porque daqui a dois anos ele quer fazer a última cirurgia. (Mãe 5)”

“[...] eu falei com a X (dentista), que trabalha com o Y (cirurgião bucomaxilo), e expliquei a situação, que ela precisava fazer a cirurgia e ela deu o encaminhamento direto com o Dr. Z (cirurgião plástico). (Mãe 3)”

“[...] A minha patroa trabalha com o dentista Dr. X(dentista do posto de saúde), aí ele conhecia a Dra. Y(odontopediatra), aí foi marcado uma consulta [...] Quando o Dr. X marcou, ele falou pra minha sogra e daí a gente veio aqui, aí foi aonde ela começou a vir [...] (Mãe 4)”

“[...] Daí a assistente social do município de lá saiu e entrou outra Senhora lá! Um dia em conversa com ela, contei pra ela, do caso dele que tava esperando uma cirurgia fazia 12 anos [...] aí ela ficou pasma! ... 12 anos você ta esperando o hospital te chamar pra operar teu filho? [...] Não tem cabimento [...] vou atrás, vou descobrir... nem que a gente leve esse caso aí pro direitos da criança! (Mãe 18)”

Percebe-se que a viabilização dos encaminhamentos ocorre das formas mais variadas onde a informalidade é um modo comum de proceder obtendo-se resultados mais positivos.

Esses dados condizem com o estudo realizado por Maeda (2002) onde, ao avaliar os mecanismos do sistema de referência e contra-referência, concluiu que eles existem, tanto os formais como os informais, porém não garantem o acesso aos distintos níveis de atenção. Uma hierarquia por nível de complexidade existe empiricamente, onde cada qual

desenvolve ações dentro das fronteiras da tecnologia e limite de recursos de produção, sem a efetiva coordenação do Estado como legítima função.

De acordo como o estudo realizado por Juliani e Ciampone (1999) encontraram que o relacionamento interpessoal e de amizade entre os profissionais é determinante para o sucesso e agilidade no encaminhamento do paciente, não obedecendo aos fluxos formais e interferindo na contra-referência.

É necessário investir em tentativas de maior integração entre os serviços e de estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento dos pacientes que garantam a continuidade do tratamento (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Para que haja integralidade na assistência, os serviços de saúde devem funcionar bem, com adequado mecanismo de referência e contra-referência, embora integrar serviços não garante, *per se*, integralidade ao sistema de saúde, ainda que contribua para melhorar o desempenho do sistema de serviços de saúde (NARVAI, 2005).

Os usuários, por não obter o acesso aos serviços através dos encaminhamentos formais, atrelado ao fato de não entenderem como deve ser o funcionamento do sistema que também não está claramente estabelecido pelos serviços, buscam outras formas de viabilizar os encaminhamentos para o tratamento. Conforme aparece nos relatos, a busca pelo acesso através de meios “políticos” é uma forma de se viabilizar os encaminhamentos, corroborando com o rompimento dos fluxos formais.

“[...] Eu cheguei a ir num vereador lá em Treviso, que ele é o deputado X, ele tem uma casa de apoio ali em Florianópolis que ajuda assim as pessoas... fui no gabinete desse deputado, a assessoria dele me trouxe no hospital! Iam vê se conseguiam me arrumar essa cirurgia pra ele, e nada! O vereador ficou pasmo porque ele disse assim: eu consigo cirurgia, redução de estômago, cirurgia cara e a do teu menino não conseguimos nada. Não conseguimos furar a fila e botar ele lá! (Mãe 18)”

“[...] daí entrou a política, que nós ia pertencer pra São Bernardino, daí ficou naquela balança, daí eles me prometeram! Se fulano ganhá daí nós vamos te ajudar tudo! Vamos encaminhar aonde tem recurso... pra fazer as cirurgia e tudo mais, aí.... eu esperei....daí quando deu tudo certo... daí encaminharam pra Curitiba, daí lá ela pegou quatro cirurgias. (Mãe 15)”

5.2.1.2 Acesso aos serviços nos três níveis de atenção a saúde

Nesta sub-categoria foi identificado o acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção no âmbito do SUS. O acesso à atenção básica foi identificado como difícil e o

usuário parece não entender como acessar os serviços de saúde.

“[...] Eu prefiro vir, ficar o dia inteiro e falar com alguém aqui que eu consigo, porque no posto não tem... O dentista tem um número x de crianças que ele atende. (Mãe 3)”

“[...] No posto é mais difícil, daí a marcação é de 3 , 4 mês... Fui pra fazer uma limpeza, daí ela disse, ah então vou marcar aqui... não mas daqui uma semana... mas dali deixam...deixam lá... até o dia que eles chamarem... então nós viemos aqui... (Mãe 5)”

“[...] nem fui tentar porque nunca consegue nada ... (Mãe 3)”

Segundo Cecílio (2002), não há equidade e integralidade possível sem a garantia da universalidade do acesso.

A limitação no número de vagas impõe uma disputa injusta entre os usuários nas unidades de saúde, que passam a chegar cada vez mais cedo, de modo a garantir o acesso. Configurando-se como um serviço excludente, conflituoso e tenso, caracterizando-se quase como uma seleção natural, na qual só os mais fortes conseguem sobreviver (SANTOS; ASSIS, 2006).

Na fala da Mãe 3, observa-se, o descrédito da usuária e a percepção quanto à falta de resolubilidade da atenção básica.

Um estudo realizado por Santos et al. (2007) em unidades de saúde, revelou as dificuldades enfrentadas pela população na busca de garantir o acesso aos serviços de saúde bucal, principalmente pela baixa resolubilidade no atendimento às necessidades demandadas. Sugerindo da necessidade de repensar o processo de trabalho da equipe de saúde bucal, em especial do dentista, para superar uma prática centrada na queixa, com baixa resolubilidade que tem gerado tensões e insatisfações, tanto para os trabalhadores da área, quanto para os usuários.

Quanto ao acesso ao hospital, também é considerado difícil pelos usuários. Evidencia-se também a não compreensão dos usuários pela falta de vagas, a não compreensão do funcionamento do sistema de referência e as dificuldades enfrentadas pela distância dos centros/núcleos de reabilitação.

“[...] não sei por que é longe e eles vão deixando...vão atendendo os casos mais lá de perto...ou querem que a gente esteja lá sempre em cima...também não é assim pra gente ta indo...até fome muitas vezes eu passava quando eu ia com ele desde bebezinho (Mãe 18)”

“[...] às vezes é bem complicado... e.... tipo assim.... a gente vem aqui né, as vez só dão

uma olhadinha, no médico né... To três anos assim.... eu achava que a cirurgia tinha que ser feita né... e ... só vem aqui.... e não.... [...] chego ali e os médico dá uma olhadinha e manda de volta... é demorado isso aí. [...] To há três anos tentando... e ainda não fez. (Pai 6)”

“[...] fomos um ano e pouco lá e fizemos os dentes dele, daí quando era pra fazer a outra cirurgia, era pra esperar a vaga e até hoje...estamos esperando essa vaga...[...] a Dra. X(odontopediatra) e a Dra. Y(dentista) eram as responsáveis pelo NAPADF, falaram que tava pronto que elas iam encaminhar pro Infantil de novo pra fazer a cirurgia lá, daí tinha demorado 2 anos e não tinham marcado nada. (Pai 8)”

Do ponto de vista do usuário, segundo Merhy (2007), este não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim de falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Na fala do Pai 8, percebe-se que a não integração entre os serviços dificulta a garantia das consultas de prosseguimento do tratamento. O usuário, ao precisar ser encaminhado de uma instituição para outra (núcleo especializado - hospital), retorna a uma lista de espera para obter o acesso ao atendimento pelo cirurgião e posterior agendamento da cirurgia. Dessa forma, os prazos das cirurgias tornam-se cada vez mais distantes dos protocolos estabelecidos (BERTIER; TRINDADE; SILVA FILHO, 2007).

Segundo Graciano; Tavano; Bachega (2007), o programa de descentralização dos serviços do HRAC/USP no país, que prevê a criação de núcleos de atendimento e subsedes, bem como o apoio ao desenvolvimento de associações, busca facilitar o acesso dos pacientes a recursos nos municípios e/ou regiões de origem, minimizando dificuldades geográficas, financeiras e sociais, além de aliviar a demanda.

Entretanto, a implantação desses núcleos está bem aquém para cobrir as reais necessidades, cujas distâncias a serem vencidas aparecem como uma grande dificuldade a ser enfrentada pelos usuários que, somados a falta de serviços estruturados e integrados, aumenta o ônus em termos de custos do tratamento e as barreiras a serem vencidas na busca pela reabilitação.

“[...] daí por fim eu também ia deixando assim... eu não ia mais atrás, eu deixava passar um tempo, depois eu ia atrás. Aí ficou assim nessa enrolaceira, chegava lá e o médico dizia não, a senhora vai lá que daqui um mês, dois mês nós te chamamos. Esperava um mês, dois mês, três mês e nada. Doze anos eu fiquei enrolada ali com o Hospital Infantil. [...] Vinha

ali, levava um mês pra marcar a consulta e eles diziam que não tinha vaga, Não! mas a senhora vai que quando abri a vaga nós ligamos, daí eu ficava esperando a ligação[...] Ia lá, consultava eles mandavam..daí diziam, não a senhora vai que nós vamos chamar, porque agora não tem vaga, tem que esperar o hospital ter vaga, tem outros caso, é só um médico! (Mãe 18)”

“[...] Ela tinha 3 anos a última vez que eu fui; daí ela tinha o peso ideal pra cirurgia, daí tinha que aguardar a vaga no hospital. Daí isso demorou mais um ano e pouco. Daí foi quando nós trocamos de município [...] lá eles encaminharam nós pra Bauru. Daí na primeira vez que nós fumo eles examinaram ela e daí dentro de 90 dias eles chamaram ela pra cirurgia (Mãe 17)”

Percebe-se que há grandes dificuldades em conseguir vaga para a realização das cirurgias nos hospitais envolvidos no estudo, as quais muitas vezes são viabilizadas no HRAC/USP em Bauru, que por ser um centro de referência (nível terciário/quaternário) contendo uma estrutura, com equipe multiprofissional para esta especialidade e com hospital próprio, pode dar um maior suporte, oferecer serviços integrados, conseguindo melhor viabilizar o tratamento. Ao passo que, nos núcleos estudados, a reabilitação é realizada em diferentes instituições (hospital – núcleo especializado) o que dificulta a viabilização das cirurgias de reparo da fenda, uma vez que dependem de um sistema mais efetivo de referência para o adequado funcionamento do serviço.

Quanto à disponibilidade de vagas aos centros ou núcleos de apoio especializados, os usuários referem facilidades de acesso e avaliam o atendimento como satisfatório.

“[...] Geralmente quando eu vou fazer as coisas Deus é maravilhoso sempre eu consigo rápido assim, então eu dizer que o SUS enrolou, não enrolou... não, nessa parte aí foi ótimo, foi tudo bem rápido, agilizaram bem rápido, então não posso dizer assim que tive dificuldade nisso naquilo... Não tudo foi 10. (Mãe 1)”

“[...] vamos mandar o caso do teu menino pra Joinville, que lá tem um centro que atende esse tipo de problema do teu menino. [...] acho que quase um mês pra vim.. tinham marcado ,né! Aí veio e a consulta já tava marcada pra dali 1 semana [...] fui bem atendida, adorei o lugar!! Fiquei pasma por ser do SUS! Porque a gente sabe que do SUS as coisas são meia... mas eu achei assim... O atendimento aqui, as coisas bem feita! Bem organizado! (Mãe 18)”

5.2.1.3 Viabilização do tratamento

Nesta sub-categoria, de acordo com as vozes dos usuários, foram agrupados relatos que revelam o recebimento de subsídios que viabilizam o tratamento através de recursos

que, através de parcerias locais, seja pelo TFD referente ao Tratamento Fora do Domicílio do SUS ou outras entidades, consegue-se o recurso para o pagamento de passagens e diárias ao paciente e acompanhante pelo tempo de permanência no local de destino de tratamento. De acordo com Lei Orgânica da assistência Social (LOAS).

“[...] Aqui eles deixaram eu aqui, tudo direitinho, com a condução da prefeitura né, de ônibus, volto também! Graças a Deus ta sendo tudo certinho (Mãe 5)”

“[...] o carro do Samu, a topic, é eles que dão lá, né... vaga pra gente. (Mãe 13)”

“[...] De ônibus da Reunidas, eles tem a ambulância, só que nem eu, só a única que vem pra cá, aí eles acham melhor eles dá a passagem pra mim e eu ir de ônibus. (Mãe 15)”

“[...] A prefeitura através do SUS que ajuda nós com a passagem de ônibus. (Mãe 17)”

“[...] Aí fizeram o TF e mandaram pra Florianópolis. [...] demorô vim... É pelo SUS né! [...] É coisa de meses!!! (Mãe 18)”

Na fala da Mãe 18, percebe-se o descrédito do usuário pelo serviço público, produzido, segundo Gomes (1997), pela falta de investimento do governo, por má administração do patrimônio público e por deficiência de recursos humanos. Reflexo dos problemas de ordenação e hierarquização do sistema público de saúde, bem como de iniquidade de acesso aos serviços disponíveis, tornando a assistência fora do alcance de muitos pacientes e famílias (WHO, 2002a), somados a falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema (MERHY, 2007).

Embora recebam o auxílio do traslado, geralmente através de passagem de ônibus, ou carro disponibilizado pela prefeitura do município onde residem, revelam a distância dos centros especializados como uma grande dificuldade a ser enfrentada, além do tempo de viagem, precisam deixar o trabalho, e ter dinheiro para alimentação durante o tempo de permanência fora do domicílio (o que não parece ser um recurso disponibilizado). Devido à falta de integração pelos serviços, o número de viagens fica aumentado, o que gera mais custos e sofrimento.

“[...] a dificuldade é que a gente vem pra cá e fica aqui o dia inteiro, né. Ter que sair, trazer dinheiro... tem semana que é ruim...às vezes marca duas vez no mês aqui, às vez três

vez...às vêz é uma semana e na outra... às vez tem pouco dinheiro, fica difícil, tem que ficar o dia inteiro, não tem casa pra ir... pra gente sair não dá também... aí eu ficava ali no jardimzinho esperando.... (Mãe 5)”

“[...] fui morar lá em Dionísio Cerqueira, daí eu falei com eles, daí arrumaram carro, a passagem, só que é muito complicado lá, é muito longe! [...] a gente sai 7 da noite e chega aqui às 9 da manhã, da Reunidas né... Porque o carro que vem não tem conforto nenhum, vem bem pertinho um do outro, é uma Van né, 6 pessoas... (Pai 6)”

“[...] A gente vinha com o carro da saúde, a gente sai 3 horas da manhã, daí consulta, e vem mais gente consultá, daí tem que esperá pelos outros e, só chegava em casa 10, meia noite! muitas vezes com pouco dinheiro, em dois... passava até fome! (Mãe 18)”

Quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

5.2.2 Aspectos relacionados ao processo de trabalho

Nesta categoria estão agrupados os relatos dos usuários que revelam os aspectos relacionados ao processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas envolvidos no estudo. Foram divididos em duas sub-categorias que consistem nas fragilidades e potencialidades relacionadas ao processo de trabalho.

Segundo Graciano; Tavano; Bachega (2007), no processo de reabilitação das anomalias craniofaciais, o trabalho em equipe é fundamental e cada área possui o seu campo de atuação no sentido de prover um tratamento integral aos pacientes.

O significado do integral supracitado caracteriza a assistência total, global do paciente, sendo uma maneira de dispor da integralidade entendendo que, entre seus sentidos, o de promover saúde, prevenir e atender doenças, simultaneamente. Permite perceber que a saúde é ao mesmo tempo social, biológica e psicológica; que as necessidades vão além do que chamamos de necessidades epidemiológicas e que só podemos produzi-la pensando interdisciplinarmente e intersetorialmente, se tivermos abertos para a pluralidade, ou seja, reconhecer que o “outro” tem verdades diferentes das

nossas (DA ROS, 2006).

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

5.2.2.1 Fragilidades

Nesta sub-categoria estão discriminadas as fragilidades relativas a identificação de lacunas no processo de trabalho dos profissionais. A fragmentação do tratamento, a restrição do atendimento às especialidades aparece como um fator influente nessa categoria, assim como questões relativas à possível recusa dos profissionais quanto ao atendimento de acordo com as vozes reveladas pelos usuários.

De acordo com o relato da Mãe 7, parece estar implícito a falta de integração dos profissionais entre as diferentes especialidades, interferindo no protocolo cirúrgico da reabilitação.

“[...] Fez a cirurgia com 6 meses. Ele podia ter feito com 3 meses né! Só que daí como o pediatra falou que era só com um aninho... a gente também não sabia de nada dessas coisa e, a gente tava esperando...aí o médico falou... não né... daí ele já encaminhou já. (Mãe 7)”

Historicamente, no modelo de formação hegemônico, fragmentado, cada profissional tende a privilegiar sua profissão em detrimento de outra, não possibilitando trocas entre os profissionais, os quais permanecem centrados nos seus conhecimentos com dimensões exclusivamente biológicas e restritas.

Esse modelo de assistência em saúde é um dos grandes desafios na construção da integralidade no SUS. A abordagem individualista e descontextualizada, o enfoque biológico-mecanicista, a fragmentação do corpo, a centralização nas especialidades diminui a capacidade de percepção das necessidades do usuário (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

Camargo (2003) afirma que a crescente divisão do trabalho dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos saúde e doença.

Segundo Gomes (1997), esse modelo não possibilita uma visão global, abrangente do processo de saúde-doença, restringindo a sua ação às especialidades do seu saber,

desconhecendo e desvalorizando tanto o conhecimento quanto a intervenção do seu colega. Dessa maneira, oportunidades são perdidas de ambas as partes, seja daquele que se omite a contribuir com seu saber, seja daquele que não percebe a riqueza implícita na contribuição do outro à sua prática.

“[...] lá no Infantil (hospital) o médico disse que não, que ele não ia precisar tão cedo, primeiro tem que sair todos os dentes na boca [...] aí aonde então não corri tanto porque esperei cair o dente, né, só que o dente demorava pra cair aí aonde eu levei ele lá na pediatra, na dentista do postinho e ela disse que ele tá precisando porque isso aqui dele tá pra frente (aponta para o maxilar inferior) e aqui não tá desenvolvendo (aponta para o maxilar superior), aí onde ela disse ó procura lá na universidade. (Mãe 1)”

“[...] eles fizeram a cirurgia, fecharam aqui primeiro (aponta para o lábio) e me mandaram embora, mas depois voltei de novo aí fez outra cirurgia, as 7 cirurgias foi tudo ali. [...] Depois dali eles mandaram vim aqui com a Dra. X(dentista) [...] pra fazer a limpeza no dentinho dele. (Mãe 5)”

“[...] lá eles disseram que tinha que ser Florianópolis, ou Porto Alegre ou São Paulo, eles encaminharam pra Florianópolis. Foi lá que ele fez a primeira cirurgia, no Joana de Gusmão. Depois foi encaminhado pro NAPADF, pro dentista. (Pai 8)”

Um fato que chama a atenção é que os cirurgiões-dentistas não estão presentes no atendimento da criança desde o nascimento, a atuação é solicitada diante de necessidades interventivas, não estando esse profissional inserido no protocolo do cuidado integral e acompanhamento do paciente desde a maternidade. Os cuidados devem ser monitorados tanto pelos profissionais da atenção básica como pelos núcleos especializados onde os usuários devem ingressar para o tratamento desde os primeiros dias de vida.

Parece que os cirurgiões-dentistas começam a fazer parte do tratamento após a realização das cirurgias iniciais (queiloplastia e palatoplastia). A possibilidade de intervir antes das cirurgias primárias ocorre diante de situações em que são realizadas fora dos prazos estabelecidos de acordo com protocolo, onde são procurados para a realização procedimentos cirúrgico-restauradores ou ortodônticos, ou seja, procurado para a assistência odontológica, centrada no paradigma cirúrgico-restaurador. Reproduzindo, segundo Zanetti (2006), uma odontologia, assim como a medicina, apoiada no conhecimento científico, consolidado por um mercado próprio onde o exercício artesanal e comunitário caracteriza a “boa formação”, ou seja, aquele que maximiza a experiência, a arte e a tecnologia.

Durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL(d), 2006).

O cirurgião-dentista deve estar presente do pré ao pós-operatório, participando de todas as fases de cuidado, desde o aconselhamento aos pais para a promoção da saúde bucal, intervenções para controle das doenças bucais e atendimento especializado na reabilitação cirúrgica, ortodôntica e protética (Guimarães; Fonseca; Ferreira, 2003).

Segundo Narvai (2005), falar em integralidade da prática odontológica é necessário investimento nos aspectos relacionados à tecnologia da assistência, ao mesmo tempo em que devem ser desenvolvidas ações de atenção à saúde, destinadas a impedir o aparecimento de doenças, diminuindo a magnitude da assistência necessária.

“[...] eu tive que parar de trabalhar pra dá assistência pra C(filha), o que é uma grande dificuldade pra mim. Agora ela tá com a cirurgia do enxerto marcada... eu tenho que optar ou trabalhar ou fazer o tratamento dela, afinal, são várias vezes por semana, às vezes 2 ou 3 vezes, aqui, porque ela tem orto, ela tem fono, tem o NAPADF, cada dia ela faz uma coisa... ou tu faz o tratamento ou tu trabalha. É uma grande dificuldade. (Mãe 3)”

“[...] Aí esperemos dá a idade daí volto de novo, então agora a senhora vai ter que passar por um monte di ... cardiologista, medico geniasta (genética), cada médico desse eu tinha que voltar pra minha cidade, mandar o cartão do SUS, lá eles iam vê quando tinha uma vaga, que demorava até um mês, dois...daí vinha, daí eles diziam, tal dia do mês você volta pra outra consulta, daí tinha que ir pro cardiologista, daí tudo esse processo de novo! É... um ano só nessa enrolacera, mas fiz! (Mãe 18)”

As vozes das Mães 3 e 18 revelam uma realidade enfrentada pelos usuários que buscam tratamento em Florianópolis, devido à falta de um serviço estruturado e integrado para o atendimento a essa população. Na busca pelo tratamento de reabilitação, eles percorrem os serviços cujo processo de trabalho não está integrado e o sistema de referência é precário implicando em aspectos que dificultam ainda mais o prosseguimento do tratamento.

No SUS, há normatização para o credenciamento dos hospitais na Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (RRTDCF) que realizam procedimentos integrados para a reabilitação estético-funcional dos portadores de FLP, segue a Portaria SAS/MS 62 de 19 de abril de 1994, sobre alta complexidade. Embora não exista um modelo organizacional (se serviços isolados, multi, inter ou transdisciplinares), a portaria define os serviços que o hospital deve possuir. São necessárias as seguintes áreas e

referidas especialidades: medicina (anestesiologia, cirurgia plástica, clínica médica, genética, otorrinolaringologia, pediatria); odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, implantodontia, odontopediatria, ortodontia, prótese), fonoaudiologia; psicologia; serviço social; enfermagem; fisioterapia; nutrição e atendimento familiar (BRASIL, 1994). Entretanto, essa parceria e essa estrutura hospitalar não está estabelecida em Florianópolis, embora seja referido como uma cidade de referência para esse atendimento em Santa Catarina. Já em Joinville existe essa parceria e estrutura entre os serviços do núcleo especializado e hospital.

“[...] uma vez, quando o dente inchou, aí eu levei lá no posto de saúde. Mas era só mandado daqui, porque ela pedia! Se inchar o dente dele tu leva ela no posto de saúde pra abri [...] não deixe eles meche mais lá! É tudo aqui [...] Por causa do estado de saúde deles eu acho né...porque ele já começou o tratamento aqui da fixação da boca.....aí fica as duas coisa aqui. (Mãe 5)”

“[...] quando ela fazia, extraia o dentinho aqui daí eu ia lá no posto pra tirá os ponto, mas... é só aqui. (Mãe 2)”

“[...] geralmente eu faço é aqui, então... eu já evito de procurá pra fazer lá porque aqui ela já não aceita muito bem, as vez tem medo e trauma e tal...daí eu já evito de ta indo aqui e lá também, aqui já fazem tudo então..(Mãe 13)”

A partir dos relatos, percebe-se que o atendimento parece ficar restrito às especialidades. Os especialistas parecem não encaminhar seus pacientes para a atenção básica. Não há clareza quanto ao “cardápio” de oferta de serviços onde os usuários podem procurar apoio e, uma vez estando em tratamento em um centro de especialidade, por ter os serviços disponibilizados e com maior facilidade de agendamento, eles se tornam a opção única. A procura da atenção básica, quando realizada, é centrada em atendimentos pontuais.

A abordagem pautada na integralidade, segundo Mattos (2006), é um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram no sentido de dar respostas aos problemas de saúde incorporados tanto nas possibilidades de prevenção como nas possibilidades assistenciais.

Conforme as vozes abaixo explicitadas, parece que há o fator recusa da assistência/atenção pelos profissionais da atenção básica em prestar atendimento a essa população por entender que essa é uma responsabilidade das especialidades e, portanto o paciente deve permanecer com seu tratamento mais restrito às especialidades.

“[...] ela só deu uma olhadinha e disse o que precisava e só, aonde ela deu o número [...] ela só olhou a boca dele ali e disse que ele precisava de colocar aparelho, não limpou nada. (Mãe 1)”

“[...] por que lá no postinho eles não fazem, porque sabem que é um problema. [...] o tratamento dos dentes, porque estraga muito né...aí coloca uma massinha ...aí cai... estraga... [...] aí eu perguntei pro dentista se ele não podia arruma pra não ficar vindo direto pra cá. Primeiro ele me disse que dente de leite não arrumava, depois ele disse aí que era um problema... que ele não ia meche, que era melhor ela vim pra cá.[...] ele disse que o máximo que ele podia fazer era um flúor. (Mãe 4)”

“[...] claro que se tivesse alguém lá pra limpa a boquinha dele, não precisa vim aqui, já vinha tudo preparadinho, claro! É uma benção de Deus! Pra mim era mais fácil. Mas eles acham que é aqui, que eles chamam pra cá. (Mãe 5)”

Conforme os critérios da ACPA (2000), um dos princípios fundamentais na assistência ao portador de FLP é que a assistência deve ser coordenada pela equipe interdisciplinar e, quando possível, deve ser amparada em nível local. Entretanto diagnósticos e procedimentos cirúrgicos complexos devem ser restritos a centros maiores.

A reabilitação é um conjunto de ações de atenção à saúde, ou seja, além da atenção específica da sua própria condição, é um cidadão como os demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. Nesse sentido, à assistência a saúde deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, não deverá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1999).

[...] a postura que se recusa a reconhecer que todo paciente que busca seu auxílio é bem mais do que um aparelho ou um sistema biológico com lesões ou disfunções, e que se nega a fazer qualquer coisa a mais além de tentar, com os recursos tecnológicos disponíveis, silenciar o sofrimento supostamente provocado por aquela lesão ou disfunção, é absolutamente inaceitável. [...] cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procura (Mattos, 2006, p. 6).

De acordo com o estudo realizado por Guimarães; Fonseca; Ferreira (2003), com pacientes portadores de FLP em um centro reabilitador, ao serem questionados sobre a história de tratamento odontológico anterior, 51,7% já tiveram tratamento recusado anteriormente por algum cirurgião-dentista ou serviço odontológico. Os motivos alegados pelos profissionais, segundo os pacientes foram: o caso é para especialista (71,4%), medo

de atender (28,6%).

De acordo com literatura especializada, (ALTMAN, 1997), a prática vivenciada demonstra que o atendimento odontopediátrico do paciente portador de FLP segue os mesmos pressupostos teóricos – práticos que fundamentam a clínica odontopediátrica.

Entretanto, as fissuras labiopalatais acarretam uma série de seqüelas em seus portadores que os enquadram em um grupo que necessita de cuidados especiais por parte do cirurgião-dentista e, o conhecimento das diversas características é fundamental para se conduzir a um adequado planejamento e tratamento. Talvez, devido a isso, grande parte dos cirurgiões-dentistas se recusa a atender. Embora, no caso de dúvidas ou desconhecimento das características do paciente, deve encaminhá-lo, mas nunca deixá-lo sem referência de tratamento (GUIMARÃES; FONSECA; FERREIRA, 2003).

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida com a cura e a promoção. [...] a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos como cuidado, sem compromissos com a produção da cura. [...] as intervenções mais restritas e presas às competências específicas de alguns deles, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário. (MERHY, 2007)

O cuidado não reporta um nível ou âmbito de atenção do sistema da saúde, nem algum procedimento técnico específico ou uma conduta assistencial mais simples, mas uma prática orientada pela integralidade no exercício da atenção à saúde, uma prática cuidadora (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

O profissional, ao buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria, assim, a marca maior do sentido da integralidade. Quando a configuração da prática assume a forma de um encontro entre o profissional com o usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional a realização da integralidade. (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

5.2.2.2 Potencialidades

Nesta sub-categoria estão elencados os aspectos potenciais do processo de trabalho de acordo com os relatos dos usuários. Os métodos/dispositivos de acolhimento realizados pelos profissionais contribuem no processo de humanização do atendimento, sendo um fator de motivação aos usuários. O bom atendimento, o acolhimento e o cuidado realizado

pelos núcleos de apoio é um atrativo para a “escolha” de o tratamento ficar mais restrito a especialidade.

“[...] eles não tratam assim, lá não tem tratamento igual aqui! Eu vim pra cá porque lá não tem! Eu acho a coisa mais linda!! [...] eu gosto que atende ele porque parece assim que aqui é um santo, uns anjo! Eu fico até com vontade de chorá. [...] Aqui é um céu!! Eu conto muita coisa daqui lá pra minha família quando eu chego (Mãe 5)”

“[...] ele nasceu com os dois ladinhos e o céu da boca. Ah! Daí eu entrei em desespero, daí a chefe do berçário ficou com dó de mim e disse, não perai que eu vou facilitar pra ti e vou chamar uma senhora que tem um neto que tem o mesmo problema dele! Daí você vai vê como tem solução pro problema dele! Daí ela chamou né, que é a Dona X, a senhora lá de Criciúma! Daí ela trouxe o neto pra mim vê (que ele já ta com 7 anos) daí ele já tava... de vê né... já tinha feito a cirurgias...tudo né... daí eu vi que não era motivo pra se desesperar muito né....(Mãe 12)”

A fala da Mãe 12 demonstra a importância do acolhimento e do apoio para a mãe e família desde o nascimento, onde a família necessita do suporte psicológico e de ser acolhida por todos os profissionais prestando atendimento e os esclarecimentos necessários, desmistificando a fenda e esclarecendo sobre as possibilidades da reabilitação.

A família atingida necessita ser acolhida por toda a equipe de profissionais de saúde (atenção básica, centro ou núcleo especializado e hospital) que deve dar o suporte necessário para abrandar suas inquietações, devolver a estabilidade emocional perdida – sentimentos comuns advindos do impacto com o nascimento do filho com fissura (SILVA; FREITAS; OKADA, 2000).

Nos núcleos de apoio especializados existe o acolhimento e atendimentos de casos novos onde recebem os pacientes e os preparam para o início e a continuidade do tratamento. O acolhimento e humanização em salas de espera com atividades educativas, recreativas e culturais e, a Promoção Social do Fissurado Labiopalatino (PROFIS), que consistem em entidades filantrópicas destinadas a prestar assistência aos portadores de anomalias craniofaciais ou outras deficiências (GRACIANO; TAVANO; BACHEGA, 2007).

Segundo Merhy (2007), os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde. De acordo com o esquema abaixo, mostra os núcleos de atuação profissional, não especificamente para FLP, mas que, transferindo à

atenção ao portador de FLP, obtêm-se no núcleo específico por problema, os especialistas no tratamento dessa deformidade. No núcleo de profissional específico estão os especialistas que podem prestar atendimento a esses pacientes e, há um núcleo maior, que abrangem a todos que é o de cuidadores, que compete a todos os envolvidos. (Figura 13) No processo de reabilitação do portador de FLP, a atenção básica faz parte desse núcleo, sendo que, esse nível de atenção deve dar respostas aos usuários a partir das tecnologias disponíveis no seu campo de atuação.

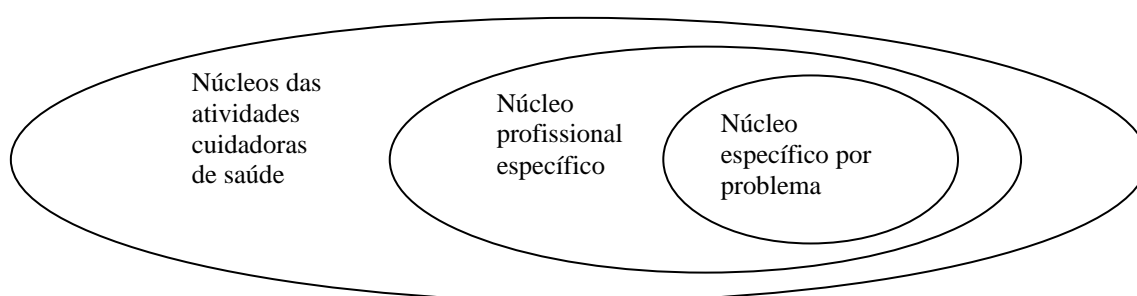


Figura 13: Esquema proposto por Merhy (2007)

Merhy (2003) analisa que a produção do cuidado em saúde implica tanto no acesso às tecnologias necessárias, que para o autor constituem-se em duras, leveduras e leves, comandadas pelas tecnologias leves, uma vez que permite ampliar as possibilidades terapêuticas e o redirecionamento do modelo de saúde.

As tecnologias duras representam o uso de equipamentos e ferramentas, as leveduras representam os saberes estruturados dos profissionais dando significado as necessidades dos usuários e, as leves são essencialmente o espaço relacional trabalhador-usuário. A complementaridade dessas tecnologias é fundamental na conquista da integralidade e humanização, em todo o percurso realizado pelos usuários na busca pela reabilitação (MERHY, 2003).

“[...] Eu procurava lá, no posto mesmo né, era atendida ... fazia tudo... não tinha problema nenhum [...] os dente de leite que doía eles arrancavam né e, arrumando os dente que tava cariado, ela ta bastante os dente estragado. (Mãe 15)”

“[...] Assim, só se precisa alguma cariazinha, algum flúor daí eu levo no posto de saúde de lá, senão, o aparelho e essas coisas tão colocando tudo aqui. Lá é um município novo e não tem essas coisas, agora que veio a fisioterapeuta lá, daí agora ela começo a faze lá. (Mãe 17)”

“[...] o Dentista lá no posto de saúde de Treviso! Ô!! atendia! O Dentista bom, lá! Caprichoso! (Mãe 18)”

Segundo relatos, percebe-se o apoio da atenção básica no tratamento que, embora centrado no modelo cirúrgico-restaurador, ou seja, no modelo procedimento-centrado, quando ocorre essa assistência é muito positiva no processo de reabilitação.

Contudo, pautado no sentido da integralidade, não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem (PINHEIRO; CECCIM, 2006).

5.2.3 Aspectos relacionados ao usuário

Nesta categoria estão apresentadas algumas falas relacionadas aos fatores biológicos e psicológicos gerais que fazem parte do tratamento, ou seja, são obstáculos vivenciados inerentes ao processo de reabilitação, e são fatores que impossibilitam a realização da cirurgia, postergando ainda mais essa fase o que aumenta as angústias e sofrimentos da família. A presença de problemas sistêmicos como a anemia, febres, presença de cárie dentária, baixo peso e aspectos relativos ao enfrentamento das cirurgias e cuidados pós-operatório.

“[...] Um dia eu vim e... ela tinha anemia no sangue, e pediu 6, 8 exames, eu fiz, quando ela tinha 4, 6 mês de vida, daí eu fiz...daí a pouco tempo ele foi vê que ela tinha um negócio, um sopro no coração. Mas ele pediu... os exame tão tudo guardado, depois de 2 ano ele pediu os exame... daí viu e disse, não! mas tem anemia no sangue...daí mandou de volta.(Pai 6)”

“[...] a primeira... chegamos ali e ele amanheceu com febre, viajamos de noite, a noite intera! Embarca vinte pras sete e chega às 6 e 15 ali em Florianópolis, quando chegamos ali ele tava queimando de febre daí... perdemos a viagem...(Pai 8)”

“[...] ele tinha baixo peso daí não fizeram a cirurgia, daí quando ele tinha 8 meses ele fez à primeira do lábio... (Mãe 16)”

“[...] foi, só que daí... ele tinha bastante cárie, daí não dava pra fazer a cirurgia! (Mãe 9)”

Percebe-se que as questões biológicas interferem no fluxo do tratamento e que, o

olhar ampliado em busca da promoção da saúde, o cuidado, a escuta, a compreensão da realidade de acordo com cada especificidade, permeia o olhar que envolve os três níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS. Entretanto, a visão da totalidade, pautada na integralidade, necessita da visão ampliada do sistema e do processo de trabalho, atrelado às dimensões cuidadoras de todos os profissionais, e não somente a valorização do êxito técnico de ações interventivas e procedimento-centrado.

Merhy (1998), alerta para a perda da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais de saúde, ao serem priorizadas as tecnologias dependentes de equipamentos e uma obstinação pela objetivação dos problemas de saúde, a ponto de descontextualizá-los dos seus portadores (os usuários). Substitui-se a escuta pela intermediação de exames e o acompanhamento pela imposição de procedimentos visando a um êxito técnico. Merhy propõe uma retomada do foco da atenção à saúde de profissional-centrada (ou procedimento-centrada) em usuário-centrada e vê no desenvolvimento de tecnologias próprias dos relacionamentos/interações/práticas (tecnologias leves) um meio de reestabelecer o encontro, acolher, respeitar e cuidar do outro, medindo-se pelo outro.

“[...] a primeira cirurgia dele foi perigosa, ele foi até pra UTI, ficou bem ruim... mas foi, já foi aquilo passou né... toda criança fica assim, né... mas as outras foi tudo boa...(Mãe 5)”

“[...] A maior dificuldade pra mim foi depois que a X (criança) fez a cirurgia, porque tinha que ter o cuidado máximo, não podia mastigar nada pra não tirar os pontos. Teve que tirar a mamadeira, teve que tirar a chupeta, tinha que cuidar pra ela não colocar o dedo na boca, pra não botar nada na boca, porque ela tinha um ano e meio, ela não entendia que não podia colocar. Então tive que viver cuidando, medo de não estorá um ponto, abri de novo... e ter que passar por tudo aquilo de novo, acho que foi o pior pra mim. (Mãe 4)”

O enfrentamento das cirurgias e o pós-operatório também são fatores de sofrimento e de difícil enfrentamento para a família, as quais devem ser apoiadas por todos os profissionais de saúde que envolve os três níveis de atenção. A atenção básica pode dar o apoio à família em nível local, prestar a assistência e acompanhamento pós-operatório através de visitas domiciliares, acompanhamento nas unidades de saúde, abrandando as angústias ao prestar os esclarecimentos necessários. Os profissionais atuantes nesse nível de atenção devem estar preparados para oferecer um serviço com um olhar para o todo, com uma visão generalista e integral do indivíduo, da família e da comunidade, o que implica em mudanças no modelo de assistência ensinado nas academias de odontologia a partir das quais os princípios do SUS possam ser melhor traduzidos.

6 CONCLUSÃO

Foram identificados mecanismos de referência e contra-referência realizados por meios formais - através de formulário do SUS e sistema de agendamento regulado pelo Estado, e informais - realizados pelo telefone ou por cartas viabilizadas pelo relacionamento interpessoal entre os profissionais e desses com os usuários e também por meios “políticos”, porém sem a garantia do acesso aos serviços entre os níveis de atenção.

Há problemas de ordenação e hierarquização do sistema de saúde e de iniquidade no acesso aos serviços, o que torna a atenção fora do alcance de muitos pacientes e famílias. O acesso aos serviços apresenta-se como uma grande etapa a ser vencida. A distância dos centros especializados é referida como uma grande dificuldade a ser enfrentada pelos usuários.

Os cirurgiões-dentistas começam a fazer parte do tratamento após a realização das cirurgias iniciais (queiloplastia e palatoplastia). A possibilidade de intervir antes das cirurgias primárias ocorre diante de situações em que são realizadas fora dos prazos estabelecidos de acordo com protocolo, onde são procurados para a realização procedimentos cirúrgico-restauradores ou ortodônticos.

O Processo de Trabalho evidencia uma prática em que se reproduz o modelo hegemônico centrado em medidas curativo/assistenciais onde há fragmentação do tratamento o qual fica restrito à assistência realizada pelas especialidades e, a atuação da atenção básica, quando realizada, é centrada em atendimentos pontuais.

Há lacunas na atuação do cirurgião-dentista da atenção básica quanto à atenção ao portador de FLP. Os profissionais da atenção básica mencionaram sentirem-se responsáveis pelo atendimento/atenção ao paciente portador de FLP, porém não capacitados para tal. Entretanto, considerando que a maioria dos cirurgiões-dentistas da atenção básica que atenderam esses pacientes está atuando no serviço público há mais de onze anos, justifica-se a necessidade de uma capacitação conforme solicitado pelos mesmos, para que possam oferecer uma melhor atenção a essa população. Contudo, há também necessidade em se investir no fortalecimento da atenção básica, em busca de facilitar o acesso e possibilitar um serviço de melhor qualidade.

Os cirurgiões-dentistas dos núcleos especializados não referiram a necessidade de capacitação.

O acolhimento da família foi considerado uma potencialidade realizada pelos

núcleos especializados, mas ainda não faz parte do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica.

Há uma longa trajetória a ser percorrida pelos usuários e sua família devido às fragilidades referentes ao processo de trabalho bem como na organização do funcionamento do sistema de saúde, aumentando o ônus em termos de condições biopsicossociais, custos do tratamento, número de viagens aos centros especializados, que recaem sobre o portador, a família e a sociedade.

Há necessidade em se investir na descentralização dos serviços no Estado, através de núcleos de apoio especializados para o atendimento, minimizando as dificuldades devido às distâncias geográficas, financeiras e sociais enfrentadas pelos usuários, bem como o alívio das demandas.

De maneira geral, os objetivos propostos pela pesquisa foram atingidos. Foram detectadas fragilidades e potencialidades na atenção ao portador de FLP referidas no funcionamento do sistema de referência e contra referência e no processo de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Limitações relativas ao conhecimento do cirurgião-dentista também foram encontradas. Entretanto, no caminho percorrido pelo usuário na busca da reabilitação, a odontologia é uma parte desse processo, a qual deve estar inserida no trabalho da equipe de profissionais de saúde como um todo, onde a reestruturação da prática de saúde pautada na linha do cuidado deve ser aprimorada.

Os dados obtidos e discutidos apontam caminhos que podem contribuir para a construção, a partir de estudos futuros, de um protocolo para o atendimento ao portador de FLP, envolvendo os três níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS visando à efetiva implementação do atendimento na busca da atenção integral.

7 RECOMENDAÇÕES

Considerando que a FLP é uma anomalia de difícil prevenção e, quando ocorre, é de fundamental importância o acesso precoce do atendimento ao paciente e sua família, bem como das dificuldades encontradas na busca pelo tratamento, recomenda-se uma efetiva comunicação entre todos os profissionais de todos os níveis de atenção à saúde. Os serviços especializados devem estar estruturados com uma equipe multiprofissional a qual deve atuar através de um trabalho interdisciplinar.

É necessário investimentos em descentralização dos serviços dos núcleos de apoio especializados no Estado e, em uma maior infra-estrutura deste serviço em Florianópolis que já é um centro de referência para Santa Catarina.

Embora haja o reconhecimento dos profissionais que devem compor um centro de reabilitação para dar o suporte necessário a esta população, cabe uma reflexão sobre a atuação destes mesmos atores, os quais estão presentes na atenção básica e que também podem oferecer apoio de maneira a se obter o máximo de resolubilidade, dentro dos limites de atuação e estruturação tecnológica disponível. Estando o atendimento mais próximo da residência das famílias, parte das limitações devido às distâncias geográficas pode estar sendo vencida bem como o estabelecimento do vínculo e o acolhimento das famílias realizando, dessa maneira, uma política de humanização no atendimento ao portador de FLP.

É necessária uma efetiva articulação entre os três níveis de atenção à saúde no SUS sendo fundamental para a construção do paradigma da promoção da saúde, proporcionando um atendimento mais humano, resolutivo e de melhor qualidade, exigindo de todos, o compromisso pela integração desses indivíduos à sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. M. L. da H. et al. Prevalência de cárie em portadores de fissura lábio-palatais atendidos no Instituto Materno Infantil de Pernambuco. **Odontologia.Clín.Científ.**, Recife, v. 3, n.1, p. 57-60, jan./abr. 2004.

ALTMANN, E. B. C. et al. **Fissuras labiopalatinas**. 4. ed. Carapicuíba: Pró-fono, 1997, p. 291-322.

AMERICAN CLEFT PALATE CRANIOFACIAL ASSOCIATION. **Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies**. Chapel Hill: ACPA, 2000, 30p.

ARARUNA, R. C.; VENDRÚSCOLO, D. M. S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato: um estudo bibliográfico. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 99-105, abr. 2000.

BARONEZA, J. E. et al. Dados epidemiológicos de portadores de fissuras labiopalatinas de uma instituição especializada, Estado do Paraná. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 27, n.1, p. 31-35, 2005.

BERTIER, C. E.; TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. da. Cirurgias primárias de lábio e palato. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. da. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007. cap. 4, p. 73-86.

BLANCO-DAVILA, F. Incidence of cleft lip palate in the northeast of México: a 10-year study. **J. Craniofac. Surg.**, Boston, v. 14, n. 4, p. 533-537, 2003.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm> . Acesso em: 15 ago.2007.

_____. **Portaria SAS/MS n. 126 de 17 de setembro de 1993**. Cria grupos e procedimentos para tratamento de lesões labiopalatais na tabela SIH/SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1993. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_lab_p/SAS_P126_93alta_ab_p.doc. Acesso em: 27 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS n. 62, 19 de abril de 1994**. Normaliza cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estético-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal para o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, vol. 3, n. 74, p. 73. Brasília, DF, 1994.

_____. **Portaria n. 187 de 16 de outubro de 1998**. Alta complexidade: labiopalatal. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_lab_p/SAS%20P187_98alta_lab_p.doc. Acesso em: 20 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de deficiência**. Brasília - DF, 1999. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf> . Acesso em: 03 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde**: textos básicos. Brasília – DF. 2001. 344p.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02**. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília – DF, 2002. 108p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília – DF, 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em: 15 mar. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS – DATASUS**. Disponível em: www.datasus.gov.br . Acesso em: out. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, 2006b, 60p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf <Acesso em: 10 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**: diretrizes operacionais. Série pactos pela saúde v. 1, 2006c. 75p.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica n. 17: saúde bucal**. Brasília – DF. 2006d. 92p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Pactos pela Saúde v. 4. Brasília, 2006e. 59p.

_____. Ministério da Saúde. **A política Nacional de Saúde Bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília, 2006f, 72p. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 05 mar. 2007.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

CAMPOS, D. W. de. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAPELOZZA FILHO, L.; SILVA FILHO, O. G. Fissuras lábio-palatais. In: PETRELLI, E. **Ortodontia para fonoaudiologia**. Curitiba: Lovise, 1992. p. 195-239.

CARCERERI, D. L. **Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde no Estado de Santa Catarina**. 2005. 218f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)-Universidade Federal de Santa

Catarina, Florianópolis, 2005.

CASTILLA, E. E.; LOPEZ, C. J. S.; PAZ, J. E. **Atlas geográfico de las malformaciones congénitas en Sudamérica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO, 2001, p. 113-126.

CERQUEIRA, M. N. et al. Ocorrência de fissuras labiopalatais na cidade de São José dos Campos – SP. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 8, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 25 set. 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. 144p.

CORREA, A.; EDMONDS, L. Birth defects surveillance systems and oral clefts. In: WYSZYNSKI, D. F. **Cleft lip and palate from origin to treatment**. New York: Oxford University Press, 2002. p. 117-126.

DALBEN, G. S. et al. Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. **Cleft Palate J.**, Pittsburgh, v.40, n. 1, p. 84-87, Jan. 2003.

DALBEN, G. da S.; COSTA, B.; GOMIDE, M. R. Características básicas do bebê portador de fissura labiopalatal: aspectos de interesse para o CD. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 223-226, maio/jun. 2002.

DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. **A saúde em debate na educação física**. v. 2, Blumenau: Nova Letra, 2006. 239p.

DERIJCKE, A.; EERENS, A.; CARELS, C. The incidence of oral clefts: a review. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 34, p. 488-494, 1996.

DRESSLER, W. W.; SANTOS, J. E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, p. 305-318, 2000.

FERREIRA, M. A. F.; LEITE, I. C. G. As fissuras labiopalatais. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal, RN: UFRN, 2004. cap. 9, p. 149-159.

FORNI, T. I. B. et al. **Cadernos de saúde bucal**. Governo do Estado de São Paulo – Centro Técnico de Saúde Bucal. São Paulo: dez. 2004. 26p.

FRANÇA, C. M. C. de; LOCKS, A. Incidência das fissuras labiopalatinas de crianças nascidas na cidade de Joinville (SC) no período de 1994-2000. **J. Bras Ortop Facial**. v. 8, n. 47, p. 429-436, 2003.

FREITAS, J. A. S. et al. Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. **Braz Oral Res.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 128-133, apr./jun. 2004.

FREITAS, J. A. S. Ciência e humanismo a favor da reabilitação e do próximo. Módulo 30 In: **Curso de anomalias congênitas labiopalatais**. São Paulo: HRAC/USP, 2006.

FROES FILHO, R. R. et al. Tratamento de pacientes portadores de fissuras labiopalatais. **Revista da Associação Odontológica do Norte do Paraná**, v. 2, n. 17, p. 26-27, set./dez. 2003.

FURLANETO, E. C.; PRETO, S. M. Estudo epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço de defeitos de face da PUCRS. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 15, n. 29, p. 39-56, jan./abr. 2000.

FURLANETO, E. C.; ROBINSON, W. M.; BORGES-OSÓRIO, M. R. Anomalias associadas às fissuras labiopalatais em uma amostra de pacientes em tratamento no serviço de defeitos de face na PUCRS. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 18, n. 39, p. 39-50, jan./mar. 2003.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito: teoria e prática**. 3. ed. Oeiras: Celta, 1997.

GOMES, D. C. R. Interdisciplinaridade em saúde: um princípio a ser resgatado. In: _____. **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, p. 19-44, 1997.

GORLIN, R. J.; COHEN JÚNIOR, M. M.; HENNEKAN, R. C. M. Orofacial clefting syndromes. In: _____. **Syndromes of the head and neck**. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 850-860.

GRACIANO, M. I. G.; TAVANO, L. D. A.; BACHEGA, M. I. Aspectos psicossociais da Reabilitação. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. da. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007. cap. 4, p. 311-333.

GUIMARÃES, R. C. C.; FONSECA, D. C.; FERREIRA, E. F. O paciente fissurado e o atendimento odontológico: dificuldade pela recusa. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, n.1, v. 39, p. 65-73, jan./mar. 2003.

JACOBSON, B. N.; ROSENSTEIN, S. W. The cleft palate patient: dental help needed. **J. Dent. Child**, v. 37, p. 105-115, 1970.

JONES, M. C. Etiology of facial clefts: Prospective evaluation of 428 patients. **Cleft Palate Journal**, n. 1, v. 25, p. 16-20, 1988.

JONES, J. E. et al. Equipe multidisciplinária para tratamento da fissura de lábio e palato. In: McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. cap. 28, p. 541-563.

JORDE, L. B. et al. **Herança multifatorial e doenças comuns**. In: Genética médica. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 285-318.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999.

JUNQUEIRA, S. R. Fendas orofaciais. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 12, p.158-164.

LACERDA, J. T. de; TRAEBERT, J. L. **A odontologia e a estratégia saúde da família**. Tubarão: UNISUL, 2006. 148p.

LAGES, E. M. B.; MARCOS, B.; PORDEUS, I. A. Saúde bucal em portadores de fissura lábio-palatal: revisão. **Revista do CROMG**, Minas Gerais, v. 6, n. 2, p. 88-93, maio/ago. 2000.

LARY, J. M.; PAULOZZI, L.J. Sex differences in the prevalence of human birth defects: a population-based study. **Teratology**, New York, v. 64, p. 237-251, 2001.

LEITE, I. C. G.; PAUMGARTTEN, F. J. R.; KOIFMAN, S. Fendas orofaciais no recém-nascido e o uso de medicamentos e condições de saúde materna: estudo caso-controle na cidade do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.5, n.1, p.35-43, jan./mar. 2005.

LETTIERI, J. Lip and oral cavity. In: STEVENSON, R. E.; HALL, I. G.; GOODMAN, R. M. **Human malformation and related anomalies**. Oxford: Oxford University Press, 1993. v. 2, p. 367-381.

LIMA, P. de T. Fissuras congênitas da face e do crânio. In: MUSTTACHE, Z. **Genética baseada em evidências: síndromes e heranças**. São Paulo: CID, 2000. p. 687-698.

LOFFREDO, L. de C. M. et al. Cleft lip and palate: case-control study. **Rev. Saúde Pública**. v. 28, p. 213-217, 1994.

LOFFREDO, L. de C. M.; FREITAS, J. A. de S.; GRIGOLLI, A. G. Prevalência de fissuras orais de 1975 a 1994. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, dez. 2001.

LOFIEGO, J. L. **Fissura lábio-palatina: avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico**. Rio de Janeiro: Revinter, 1992. p. 8-44.

MAEDA, S. T. **Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo gravítico puerperal**: a realidade do Distrito de saúde do Butantã. 2002. 185f. Tese (Doutorado em Enfermagem, área de concentração em Saúde Coletiva) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MATTOS, R. A de. A integralidade na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 20/01/2007.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro. IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. 180p.

MENDES, E. V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública

do Ceará, 2002. 92p.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Orgs). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 189p.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MILERAD, J. et al. Associated malformations in infants with cleft lip and palate: a prospective, population-based study. **J. Pediatr.**, St. Louis, v. 100, n. 2, p. 180-186, Aug. 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p.

MINAYO, M. C. de S. (Org) et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 16 ed. Petrópolis, RJ: ed. vozes. 2000. 80p.

MONLLEÓ, I. L. **Anomalias craniofaciais, genética e saúde pública**: contribuições para o reconhecimento da situação atual da assistência no Sistema Único de Saúde. 2004. 195f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

MONLLEÓ, I. L.; LOPES, V. L. G. da S. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500004. Acesso em: 04 out. 2006.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia Clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

NAGEM FILHO, H.; MORAES, N.; ROCHA, R. G. F. da. Contribuição para o estudo da prevalência das más formações congênitas labiopalatais na população escolar de Bauru. **Rev. Fac. Odont.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 111-128, abr./jun. 1968.

NARVAI, P. C. **odontologia e saúde bucal coletiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002, 120p.

_____. Integralidade na atenção básica a saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (org). **Novos rumos da saúde bucal**: os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO, 2005. p. 28-42.

NEVILLE, B. W. et al. Defeitos do desenvolvimento da região maxilofacial e oral. In: _____. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, cap. 1, p. 2-47.

NÚCLEO DE PESQUISA E REABILITAÇÃO DE LESÕES LABIOPALATAIS. **Protocolo**. Joinville - SC, 2007.

NUNES, L. M. N. **Prevalência de fissuras labiopalatais e sua notificação no sistema de informação**. 2005. 92f. Dissertação (Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. set. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 10 out. 2007.

PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; MARIZIA, F. **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através dos novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 2 ed. São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 1999. 158p.

PINHEIRO JÚNIOR et al. Pacientes fissurados: uma reflexão sobre seus aspectos. **Saber. Ciências da saúde**, Belém, v. 5, n. 2, p. 7-14, jul./dez. 2003.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. de. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 13-35.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PRISF). **Guia Acadêmico**. Florianópolis: Ministério da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina – Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2007. 78p.

RIBEIRO, E. M., MOREIRA, A. S. C. G. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatais. **RBPS**, v. 18, n. 1, p. 31-41, 2005.

ROCHA, R.; TELLES, C. de. S. O problema das fissuras labiopalatais: diagnóstico e aspectos clínicos. **Rev. da SOB**. v. 1, n. 6, p. 178-192, jul./ago./set. 1990.

ROJAS, A. R.; OJEDA, M. E. B.; BARRAZA, X. O. Malformaciones congénitas y exposición a pesticidas. **Rev. Méd. Chile**. v. 128, n. 4, p. 399-404, 2000.

SANDRINI, F. A. L. et al. Estudo familiar de pacientes com anomalias associadas às fissuras labiopalatinas no serviço de defeitos de face da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 6, n. 2, p. 57-68, abr./jun. 2006.

SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A. M. dos. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007.

SHAW, W. C. et al. The Eurocleft Project 1996-2000: overview. **J Cranio-maxillofac Surg.**, v. 29, p. 131-140, 2001.

SHAW, G.; CROEN, L. CURRY, C. Isolated oral cleft malformation: associations with maternal and infant characteristics in a California population. **Teratology**, Nova York, v. 43, p. 225-228, 1991.

SHAW, W. C.; SEMB, G. Princípios e estratégias da Reabilitação: recomendações da organização mundial da saúde. In: TRINDADE, I. E. K.; SILVA FILHO, O. G. da. **Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar**. São Paulo: Santos, 2007. cap. 1, p. 1-5.

SHPRINTZEN, R. J. et al. Anomalies associated with cleft lip, cleft palate, or both. **Am. J. Med. Genet.**, Salt Lake City, v. 20, n. 4, p. 585-595, 1985.

SILVA, C. M. **Avaliação das condições bucais de pacientes com fissura labiopalatal participantes de um programa de manutenção de saúde bucal**. 2006. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA FILHO, O. G. et al. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. **Revista Brasileira de Cirurgia**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 2, p. 59-60, mar-abril. 1992.

SILVA FILHO, O. G. et al., Enxerto ósseo alveolar em pacientes fissurados: realidade e perspectivas. **Ortodontia**, v. 28, n. 1, p. 34-45, jan./abr. 1995.

SILVA, H. A.; BORDON, A. K. C. B.; DUARTE, D. A. Estudo da fissura labiopalatal: aspectos clínicos desta malformação e suas repercussões. **J. Bras. Fonoaudiol.**, v. 4, n. 14, p. 71-74, 2003.

SILVA, O. G da; FREITAS, J. A. de S.; OKADA, T. Fissuras labiopalatais: diagnóstico e uma filosofia interdisciplinar de tratamento. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 481-514

SOUZA-FREITAS, et al. Tendência familiar das fissuras labiopalatais. **R. Dental Press Ortop Facial**. Maringá, v. 9, n. 4, p. 74-78, jul./ago. 2004.

SPINA, V. et al. Classificação das fissuras labio-palatinas: sugestão de Modificação. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 5-6, 1972.

STRAUSS, R. P. Cleft Palate and Craniofacial Teams in the United States and Canada: a national survey of team organization and standards of care. **Cleft Palate-Craniofacial Journal**, Iowa, v.6, n. 35, p. 473-480, 1998.

THORNTON, J.; NIMER, S.; HOWARD, P. The incidence, classification, etiology and embryology of orofacial clefts. **Seminars in Orthodontics**, Philadelphia, v. 2, n. 3, p. 162-168, Sept. 1996.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 172p.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – FIOCRUZ, 2007. p. 531-562.

VIANA, M. L., GIACOMONI, G. H., RASHID, L. “O que fiz por merecer?”: aspectos psicológicos da relação mãe-filho malformado. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, n. 17, p. 21-29, 1994.

VILELA, A. C. dos S.; SACRAMENTO, E. P.; GOMIDE, M. R. Educação dos pais versus saúde bucal de bebês fissurados. **Revista da APCD**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 357-360, jul./ago. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies**. Geneva: WHO, 2002, 161p.

ZANETTI, C. H. G. **Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica**: saúde bucal da família com equidade e integralidade. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.unb.br> . Acesso em: 19 mar. 2007.

_____. A formação do cirurgião-dentista. In: DIAS, A. A. (org.) **Saúde bucal coletiva**: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos; 2006. 365 p.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Sexo: () Masculino () Feminino

Nível de Atenção em que você Trabalha:

Primário () Secundário () Terciário ()
(Atenção Básica) (Especialidades) (Hospitais)

Instituição em que Trabalha: _____

1. Incluindo o ano em curso (2007), há quantos anos você trabalha neste serviço público? _____

2. Você realizou algum curso de pós-graduação /especialização?
Não () Sim ()

Qual: _____

3. Em sua formação e/ou vivência profissional, você recebeu informações sobre fissura labiopalatal?
Sim () Não ()

Se a resposta foi sim, assinale onde você as recebeu:

- (a) Curso de Graduação
(b) Estágios em centros de especialidades
(c) Leituras de materiais impressos
(d) Oficinas no próprio local de trabalho
(e) Curso de Atualização
(f) Curso de Especialização
(g) Mestrado
(h) Doutorado

4. Você já prestou atendimento ou está atendendo algum paciente portador de fissura de lábio e/ou palato?
() Sim () Não

Se a resposta foi não, avance para a questão número 6.

Se a resposta foi sim continue:

4.1 Quantos pacientes, aproximadamente, você já atendeu? _____.

4.2 Com relação à reparação cirúrgica da fissura, em que situação costumeiramente se apresenta o paciente que você atende ou atendeu?

- (a) apresentam-se não operado
(b) apresentam lábio operado
(c) apresentam lábio e palato operado
(d) apresentam lábio + palato + enxerto ósseo alveolar.

4.3. Assinale a (s) alternativa (s) referente (s) às ações que você já realizou no atendimento a pacientes portadores de fissura labiopalatal:

- (a) Acolhimento do paciente e família e orientações
(b) Procedimento cirúrgico/restaurador (exodontia, dentística)
(c) Procedimento educativo/preventivo
(d) Encaminhamento para especialidades
(e) Profilaxia, fluoroterapia
(f) Periodontia
(g) Endodontia
(h) Prótese
(i) Cirurgia de correção da fissura (enxerto ósseo)
(j) Ortodontia
(k) Outros _____

4.4. Dentre os procedimentos elencados abaixo, circule um número na escala que melhor descreve o grau de dificuldade encontrado para a realização dos mesmos no tratamento do portador de fissura labiopalatal. Circule apenas os procedimentos realizados na instituição em que você trabalha.

	Nenhuma dificuldade	Grande dificuldade
Dificuldade para realizar o enxerto ósseo	0	1 2 3 4
Acompanhar a saúde bucal	0	1 2 3 4
Manter a higiene bucal adequada	0	1 2 3 4
Garantir vagas no hospital	0	1 2 3 4
Proceder à anestesia	0	1 2 3 4
Avaliar a anatomia da fissura	0	1 2 3 4
Trabalhar a relação criança/família.	0	1 2 3 4
Manejo da criança no atendimento	0	1 2 3 4
Lidar com a cicatriz cirúrgica	0	1 2 3 4
Realizar isolamento do campo operatório para restaurações, exodontia.	0	1 2 3 4
Outros _____	0	1 2 3 4

4.5. Para qual (s) instituição (s) de serviços de saúde você costuma encaminhar seus pacientes?

- (a) Centros reabilitadores especializados. Qual(is)? _____
(b) Hospitais. Qual(is)? _____
(c) Atenção Básica / Centros de Saúde / UBS Qual? _____
(d) Outros. _____

5. Você encontra dificuldades ao encaminhar esses pacientes?

Sim () Não ()

Se a resposta foi sim:

Considerando uma escala de grau de dificuldade de 0 a 4, circule qual o grau de dificuldade você encontra ao exercer as seguintes atividades:

	Grau de Dificuldade			
Marcar retornos	0	1	2	3
Garantir o acesso do paciente	0	1	2	3
Manter o contato com os pacientes	0	1	2	3
Garantir o encaminhamento do paciente a outros níveis de atenção a saúde	0	1	2	3
Cumprir os prazos cirúrgico-ortodônticos de acordo com o protocolo	0	1	2	3
Manter o paciente em tratamento	0	1	2	3

5.1 Ao encaminhar o paciente a outro nível de atenção à saúde, você costuma receber um retorno desses encaminhamentos? Ou seja, você recebe uma contra-referência (resposta) do profissional ou instituição para a qual você referenciou?

- (a) Sim, sempre recebo
(b) Sim, na maioria das vezes recebo
(c) Sim, à vezes recebo
(d) Não, quase nunca recebo
(e) Não, nunca recebo

5.2. Das alternativas abaixo relacionadas, assinale a maneira que você mais costumeiramente utiliza para encaminhar os seus pacientes:

- (a) Formulário do SUS
(b) Orientação ao paciente (oralmente)
(c) Orientação ao paciente por escrito (em bloco, receituário)
(d) Utilização de um formulário específico da sua instituição

6. Na sua opinião, o que é necessário para o atendimento adequado ao

portador de fissura de lábio e/ou palato em seu local de trabalho?

_____.

7. Leia as alternativas abaixo e circule um número na escala, considerando aquele que melhor descreva as suas responsabilidades profissionais com relação ao paciente portador de fissura lábio-palatal:

Diagnóstico	Nenhuma Responsab				Responsável Direto			
	0	1	2	3	4	0	1	2
Encaminhamentos	0	1	2	3	4	0	1	2
Visitas domiciliares	0	1	2	3	4	0	1	2
Suporte/acompanhamento do paciente e família ao longo do tratamento	0	1	2	3	4	0	1	2
Realização de cirurgias de reparo da fissura	0	1	2	3	4	0	1	2
Atividades preventivo/educativas em saúde bucal	0	1	2	3	4	0	1	2
Atendimento clínico geral (dentística, exodontia, profilaxia)	0	1	2	3	4	0	1	2
Atendimento especializado (prótese, implante, ortodontia)	0	1	2	3	4	0	1	2

Comentários/ Sugestões:

_____.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ENTREVISTA**“FORMULÁRIO DE ENTREVISTA”**

Data:___/___/___.

Instituição: NAPADF () CENTRINHO/JOINVILLE ()

Nome do Paciente:

Data Nasc.:

Nome do responsável entrevistado: (Iniciais)

Idade: Escolaridade:

Profissão: Procedência:

1. Explique a trajetória que você percorreu durante a busca pelo tratamento de seu filho desde que tomou conhecimento da presença da fissura.

Quando ficou sabendo, para onde foi encaminhado?

Como foi feito o encaminhamento?

Quem encaminhou?

Já procurou a atenção básica para atendimento odontológico?

Por qual motivo procurou atendimento?

Que procedimento foi feito?

Como você conseguiu vaga para o tratamento no centro especializado?

2. Quais as dificuldades encontradas durante todo o tratamento de seu filho?

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PROFISSIONAIS)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”

Meu nome é Daniela Lorenzzoni, sou cirurgiã-dentista e estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado sobre *“Avaliação do sistema de referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no Estado de Santa Catarina”*. O objetivo é conhecer as possibilidades para a implementação do atendimento integral ao portador de fissura de lábio e/ou palato, referente às ações e serviços odontológicos nos três níveis de atenção a saúde (primário, secundário e terciário) no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde).

Este trabalho é necessário para que seja possível obter dados da realidade enfrentada por essa população para, a partir disso poder implementar o atendimento integral bem como sugerir tomada de decisões na obtenção de um tratamento mais resolutivo, humano e de melhor qualidade.

Para isso, será necessário o preenchimento de um questionário padrão. Isso não traz riscos e desconfortos, apenas toma um pouco do seu tempo, mas esperamos que essa pesquisa traga benefícios na obtenção de uma melhor qualidade de vida dessa população. Se tiver alguma dúvida sobre o estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 99711588 ou (48) 3733 4630 ou por e-mail: danielorenzzoni@yahoo.com.br sem nenhum problema.

Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações obtidas serão confidenciais (seu nome ou qualquer outra identificação, não aparecerão na pesquisa), e somente serão utilizadas para esta pesquisa e para fins científicos, seguindo as normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos nas resoluções 196/96 e 251/97.

Pesquisadora principal: Daniela Lorenzzoni (CRO-SC 5681)

Pesquisadores responsáveis: Prof. Arno Locks, Dr.,

Profa. Daniela Lemos Carcereri, Dra.

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa *“Avaliação do sistema de referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no Estado de Santa Catarina”* e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma. Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura: _____ RG: _____.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”

Meu nome é Daniela Lorenzzoni, sou cirurgiã-dentista e estou desenvolvendo uma pesquisa de mestrado sobre “*Avaliação do sistema de referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato*”.

Este trabalho é necessário para que seja possível obter dados da realidade enfrentada pelos portadores de fissura de lábio e/ou de palato bem como das dificuldades encontradas para que seja possível melhorar o acesso ao atendimento.

Para isso, será necessário responder a uma entrevista. Isso não traz riscos e desconfortos, apenas toma um pouco do seu tempo, mas esperamos que essa pesquisa traga benefícios para que melhore o acesso aos tratamentos que forem necessários.

Se tiver alguma dúvida sobre o estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48)99711588 ou (48)3733 4630 sem nenhum problema.

Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações obtidas serão confidenciais (seu nome ou qualquer outra identificação, não aparecerão na pesquisa), e somente serão utilizadas para esta pesquisa e para fins científicos, seguindo as normas e diretrizes que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos nas resoluções 196/96 e 251/97.

Pesquisadora principal: Daniela Lorenzzoni (CRO-SC 5681)

Pesquisadores responsáveis: Prof. Arno Locks, Dr.,

Profa. Daniela Lemos Carcereri, Dra.

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “*Avaliação do sistema de referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no Estado de Santa Catarina*” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura: _____ RG: _____.

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO**

Interessa-nos receber suas críticas – positivas ou negativas – bem como conhecer os problemas que você encontrou para compreender com clareza as questões e respondê-las:

Muito Obrigada!

1- Quanto tempo você gastou para responder o questionário?

a- 10 minutos

b- entre 10 e 20 minutos

c- mais de 30 minutos

Comentários _____

2- As instruções dadas para responder as questões foram claras?

a- Não

b- Adequadas

c- Muito claras

Comentários _____

3- A estrutura do instrumento é:

a- Difícil de entender

b- Compreensível

c- Fácil de entender

Comentários _____

4- A quantidade de perguntas foi:

a- Muito grande

b- Suficiente

c- Insuficiente

Comentários _____

5- Frente ao conteúdo dos temas abordados você sentiu:

a- Nenhuma dificuldade

b- Pouca dificuldade

c- Muita dificuldade

Comentários _____

6- Comentários/ Sugestões: _____

_____.

APÊNDICE E – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO ÀS INSTITUIÇÕES**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Florianópolis, 25 de maio de 2007.

Ilmo.sr.

Coordenador

A Cirurgiã-Dentista Daniela Lorenzzoni, é aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e pretende realizar uma pesquisa sobre: *“Avaliação do sistema de referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato no Estado de Santa Catarina”*. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer as possibilidades para a implementação do atendimento integral ao portador de fissura de lábio e/ou palato, referente às ações e serviços odontológicos nos três níveis de atenção à saúde, no âmbito do SUS.

Para tanto, solicitamos a colaboração do (nome da instituição) permitindo que possamos aplicar um questionário sobre o tema para os cirurgiões-dentistas deste centro, bem como aplicar uma entrevista aos pais dos portadores de fissura labiopalatal atendidos neste centro, esclarecendo que a todos será entregue um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo garantido a liberdade de escolha em queres participar.

Certos de sua compreensão, desde já agradecemos.

Daniela Lorenzzoni
Pesquisadora principal

Prof. Dr. Arno Locks
Profa. Dra. Daniela Lemos Carcereri
Professores Orientadores

Prof. Dr. Gilsée Ivan Regis Filho
Coordenador do Mestrado em Odontologia
Área de concentração Saúde Coletiva

ANEXO A – DOCUMENTOS RECOMENDADOS PELA OMS

Guia básico de práticas para atendimento às necessidades de saúde, organização dos serviços e financiamento da assistência na área de FL ± P sugeridas pelo EUROCLEFT (2001)

Practice Guidelines

Part I: Health-care needs

- (1) Neonatal emotional support and professional advice: In the event of prenatal diagnosis and as soon as possible after the birth of a child with a cleft, parents should be given emotional support and advice about the child's future management by a specialist in cleft care.
- (2) Neonatal nursing: Difficulties in feeding are common in the early days of life and specialist advice on feeding should be provided.
- (3) Surgery: Primary surgery to close clefts of the lip and/or palate should be performed by an experienced and qualified surgeon according to a protocol agreed by the team. Further corrective procedures may be necessary for some patients in later years and should be performed by an experienced and qualified surgeon according to a protocol agreed by the team.
- (4) Orthodontic/orthopaedic treatment: For children with cleft lip and palate orthodontic/orthopaedic treatment should be available when necessary and should be performed by an experienced orthodontist.
- (5) Speech and language therapy: Early assessment of speech and language problems, advice to parents and the availability of corrective therapy by an experienced speech and language therapist should be provided.
- (6) Ear, nose and throat (ENT): ENT problems should be identified at an early stage and the necessary therapy should be provided.
- (7) Clinical genetics/paediatric developmental medicine: As cleft lip and/or palate may be associated with other anomalies early assessment and diagnosis is necessary. Genetic counselling for patients and families should be available.
- (8) Emotional support and professional advice for the growing child and its parents: Emotional support and professional advice for parents, patients and their environment is often necessary and should be available.
- (9) Dental care: Regular dental care should be available.
- (10) National register: A national register should be in place for accurate recording of children born with cleft lip and/or palate and related craniofacial anomalies.

Part II: Organization of services

- (1) Cleft care should be provided by a multidisciplinary team of specialists.
- (2) Members of the team should have special training in cleft care.
- (3) The team should agree on the stages of treatment including the examination, record collection and general protocols.
- (4) There should be one person responsible for quality improvement and communication within the team.
- (5) Coordination of the care of individual patients is important since numerous specialities are involved. This should be the responsibility of one member of the team.

(6) The number of patients referred to the team should be sufficient to sustain the experience and specialist skills of all team members and to allow evaluation/audit of the team's performance within a reasonable period of time. It has been recommended that cleft surgeons, orthodontists and speech therapists should treat at least 40-50 new cases annually. However, it is recognized that individual member states have the right to provide care for their own population.

Part III: Finances

Resources should be available to cover the following care for children with cleft lip and palate:

- (1) Emotional support and professional advice during the neonatal period.
- (2) Neonatal nursing.
- (3) Surgery.
- (4) Orthodontic/orthopaedic treatment.
- (5) Speech and language assessment and therapy.
- (6) Ear, nose and throat treatment.
- (7) Clinical genetics/paediatric developmental medicine.
- (8) Emotional support for the growing child and its parents.
- (9) Travel expenses.
- (10) General dental care including cleft related prosthodontics.

Diretrizes políticas para assistência a portadores de FL ± P sugeridas pelo EUROCLEFT (2001)

Policy statements

- (1) The professional involved in cleft care should provide basic information on cleft care and on the proposed treatment to any potential patient and/or patient's guardian. Basic information should contain at least:
 - A general explanation of the condition, the reasons for treatment, what may or may not be achieved, the stages of treatment including examination, record collection and general protocols – this may be supplemented by leaflets, booklets or other kinds of information;
 - An explanation of why a specific treatment is considered necessary for the individual patient, what specifically is involved: method, timing, duration cost, what the specific goal is and possible side effects.
- (2) When a treatment is considered, the professional engaged in cleft care should take into consideration the desires and attitudes of the patient and/or those of the patient's guardian. The professional should also pay attention to and inform the patient/patient's guardian of the risks and benefits inherent in the potential alternative treatment options, including no treatment or no further treatment.
- (3) If requested, it is the professional's responsibility to provide a procedure for obtaining a second opinion for the patient. If requested, this procedure should be communicated to the patient before treatment starts.
- (4) After an episode of treatment, the professional engaged in cleft care should inform the patient and/or patient's guardian on:

- outcome of treatment relative to the defined goal;
- undesirable effects of treatment;
- expected future development.

(5) The professional engaged in cleft care should analyse and document any complaints or praise expressed by the patient and/or the patient's guardian.

(6) The professional engaged in cleft care should give consideration to the burden of the treatment. Considerations should include financial as well as non-financial burden, such as treatment duration, effort from the patient and/or patient's guardian and discomfort as a result of treatment.

(7) During the process of treatment, the professional involved in cleft care should continuously evaluate treatment progress against the planned treatment and act accordingly.

(8) Organizations and institutes responsible for the provision of cleft care should:

- encourage the cleft professional to follow the policies described above and to acknowledge the patient's rights;
- recognize and encourage the professional's right to provide treatment that can be expected to improve the patient's condition whilst minimizing adverse effects;
- recognize and encourage that decisions on treatment priority should be based on criteria proposed by the cleft professionals in consultation with the patient and/or patient's guardian. This is especially so in a situation with insufficient treatment resources;
- recognize and encourage that access to treatment should not depend on the patient's ability to pay;
- recognize that cooperation of the patient with the advice and instructions of the cleft professional is necessary in order to achieve a successful result.

ANEXO B – CRITÉRIOS PARA CREDENCIAMENTO DA ACPA

Critérios da American Cleft Palate-Craniofacial Association (2000) para credenciamento de serviços na área FL ± P

Standards for Listing the Cleft Palate Team The Cleft Palate Team (CPT) provides coordinated and interdisciplinary evaluation and treatment to patients with cleft lip and/or cleft palate.

Basic Criteria

The Cleft Palate Team (CPT) meets the 8 following basic criteria defined by the ACPA Committee on Team Standards, plus meets 30 of the 35 additional criteria.

1. The CPT meets face-to-face for regularly scheduled meetings for treatment planning and case review, at least six times per year, with at least four specialties represented.
2. The CPT evaluated at least fifty new or recall patients with cleft lip/palate in the past year.
3. The CPT keeps a central and shared file on each patient.
4. The CPT has at least an actively involved Surgeon, Orthodontist and Speech-Language Pathologist, who attend team meetings. As a minimum, patients evaluated by the CPT are seen by these specialties plus at least one additional team specialty that attends the CPT meetings.
5. The CPT assures that each child has health evaluation by a primary care Physician (Pediatrician, Family Physician or General Internist) in the community or on the team. The CPT uses the findings from the health evaluation to guide its treatment planning and team meeting deliberations.
6. Evaluations at the CPT include a screening hearing test and tympanogram. All patients with clefts of the palate, or hearing concerns, or abnormal tympanograms or hearing tests, are referred to an Otolaryngologist (E.N.T.) for examination, consultation, or treatment.
7. At least one Surgeon on the CPT operated on ten or more patients for primary repairs of a cleft lip and/or cleft palate in the past year.
8. For patients requiring facial skeletal surgery, the CPT has or refers to a surgeon whose education, training and experience has adequately prepared him/her to provide facial skeletal surgery (bone graft, orthognathic surgery) and who has performed ten or more major maxillary or mandibular osteotomies in

the past year (not necessarily on patients with cleft lip and/or cleft palate.

Additional CPT Criteria:

The Cleft Palate Team (CPT) meets 30 of the following 35 additional criteria:

1. The CPT has a Speech-Language Pathologist(s) who attends team meetings and whose education, training and experience have adequately prepared him/her for the diagnosis and treatment of patients with cleft lip/palate.
2. At least one Speech-Language Pathologist on the CPT provided speech therapy and/or a complete speech and language evaluation to a minimum of 10 patients (team or other patients) with cleft lip/palate in the past year.
3. The CPT Speech-Language Pathologist performs a structured speech assessment during team evaluations.
4. The CPT uses clinical speech instrumentation (such as endoscopy, endoscopy, pressure flow, videofluoroscopy, etc.) to assess velopharyngeal function, when indicated.
5. CPT has an Orthodontist who attends team meetings and whose education, training and experience have adequately prepared him/her for the diagnosis and treatment of patients with cleft lip/palate.
6. At least one Orthodontist on the CPT provided orthodontic treatment for a minimum of 10 patients with cleft lip/palate in the past year.
7. The CPT refers patients requiring orthognathic treatment to an Orthodontist(s) whose education, training and experience have adequately prepared him/her for the provision of orthodontic care as a part of orthognathic treatment.
8. Orthognathic surgical treatments are adequately documented with intraoral dental casts, facial and intraoral photographs, and appropriate radiographs.
9. Orthognathic surgical planning and outcomes are routinely discussed at the CPT meetings for patients requiring such care.
10. The CPT has, or refers to, a Pediatric Dentist/General Dentist/Prosthodontist(s) whose education, training and experience have adequately

prepared him/her for the dental diagnosis and treatment of patients with cleft lip/palate.

11. CPT has a Surgeon(s) who attends team meetings and whose education, training and experience have adequately prepared him/her for the diagnosis and treatment of patients with cleft lip/palate.

12. The CPT has a Psychologist, Clinical Social Worker, or other Mental Health Professional(s) who evaluates all patients on a regular basis.

13. The CPT routinely tests or screens patients for learning disabilities and developmental, psychological, and language skills.

14. The CPT collects school reports and other information relative to learning in school-age patients, when indicated.

15. The CPT has a nurse or other trained professional who regularly provides supportive counseling and instruction (feeding, developmental) to parents of newborns.

16. The CPT sponsors or makes referrals to a parent support group or parent network in the community (if available), as desired by families.

17. The CPT regularly provides supportive counseling and instruction to parents and patients pre- and post-operatively.

18. The CPT provides for formal genetic counseling or a clinical genetic evaluation for parents and patients.

19. The CPT evaluation includes a hearing test by an Audiologist(s) beginning before one year of age.

20. The CPT has an Otolaryngologist(s) whose education, training and experience have adequately prepared him/her for the diagnosis and treatment of patients with cleft lip/palate. The Otolaryngologist provides examination, consultation and treatment to patients evaluated by your team.

21. The CPT evaluation includes ear examinations by an otolaryngologist(s) on a routine basis beginning before one year of age.

22. After a CPT evaluation, the patient and family have an opportunity to ask questions and discuss the treatment plan with a team representative.

23. The CPT routinely (for each evaluation) writes reports or summary letters, containing a treatment plan, which are sent to the family in a timely manner.

24. CPT reports are routinely sent in a timely manner to the patient's care providers in the community (schools, health department, local professionals) with the family's permission.

25. The CPT record includes a diagnosis(es).

26. The CPT team record includes a complete medical history.

27. The CPT record includes a treatment plan or goals which are reviewed periodically on a formal basis.

28. The CPT record includes a social and psychological history.

29. The CPT record includes dental and orthodontic findings and history.

30. The CPT makes intraoral dental casts on patients, when indicated.

31. The CPT takes facial photographs on patients in treatment or evaluation.

32. The CPT obtains appropriate radiographs, including lateral cephalometric radiographs on patients, when indicated.

33. The CPT has an office and coordinator or secretary.

34. The CPT supports, encourages, or offers continuing education in cleft lip/palate care for its members.

35. The CPT provides case management (follow-up, referral, and coordination of care) and benefits advocacy/assistance (help families obtain financial or programmatic support), as needed.

**ANEXO C – PORTARIA N. 187: ALTA COMPLEXIDADE FISSURA
LABIOPALATAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA N.º 187, DE 16 DE OUTUBRO DE 1998

DO 199-E, de 19/10/98

O Secretário de Assistência à Saúde - Substituto, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a importância do acompanhamento médico- social dos pacientes portadores de lesões lábio palatais, e,

Considerando que em inúmeros pacientes há a necessidade de cirurgias múltiplas para a resolução da lesão lábio palatal ou crânio facial , resolve:

Art. 1º - Incluir na Tabela de procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimentos na seguinte conformidade:

*33.101.00.0 - Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões Lábio Palatais ou Crânio Faciais

33.000.00.0 - Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões Lábio Palatais ou Crânio Faciais

SH	SP	SADT	TOTAL	ATOMED	ANEST	PERM
00	00	00	00	00	00	00

Art. 2º - A cobrança da Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões Lábio Palatais ou Crânio Faciais, será permitida somente para hospitais credenciados segundo a PT/MS/SAS 126/93, devendo ser previamente autorizada pelo Órgão Emissor de AIH, após avaliação clínica e solicitação específica quando os procedimentos solicitados tiverem a finalidade de complementar a correção da lesão.

Art. 3º - Para caracterização do procedimento como Cirurgia Múltipla em Pacientes com Lesões Lábio Palatais ou Crânio Facial deverá ser lançado no campo procedimentos especiais no mínimo um dos procedimentos dos grupos abaixo relacionados:

33.101.05.1 - Cirurgia da Boca e Face V

33.101.06.0 - Cirurgia da Boca e Face VI

33.101.07.8 - Cirurgia da Boca e Face VII

37.101.04.8 - Cirurgia do Ouvido IV

37.102.04.4 - Cirurgia do Nariz IV

44.100.10.8 - Tratamento Ortodôntico

44.100.20.5 - Implante Osteointegrado Extra Oral

Art. 4º - Deverá ser lançado na AIH como procedimento solicitado e realizado o código 33.000.00.0.

Art. 5º - Serão admitidos até 05 procedimentos realizados na mesma AIH.

Art. 6º - Os componentes serviços hospitalares serão remunerados em percentuais decrescentes de valores, na ordem que forem lançados no campo procedimentos especiais, sendo:

1º Procedimento - 100%

2º Procedimento - 75%

3º Procedimento - 75%

4º Procedimento - 60%

5º Procedimento - 50%

Art. 7º - Os componentes serviços profissionais e serviços auxiliares de diagnose e terapia recebem remuneração de 100% dos valores em todos os lançamentos.

Art. 8º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOÃO GABBARDOS DOS REIS

**ANEXO D – PORTARIA N. 62: ALTA COMPLEXIDADE FISSURA
LABIOPALATAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA N.º 62, DE 19 DE ABRIL DE 1994

DO 74, de 20/4/94

O Secretário de Assistência à Saúde no uso de suas atribuições e considerando a Portaria SAS/MS n.º. 126 de 17 de setembro de 1993 estabelecem as seguintes normas para o cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para realização estético-funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o sistema único de saúde:

A - Rotina de Cadastramento

1) - os hospitais encaminharão as solicitações de cadastramento à coordenação de normas para procedimentos de alta complexidade de secretaria de assistência à saúde do ministério da saúde que solicitará um representante oficial do hospital de pesquisa e reabilitação de lesões saúde , verificarão in loco o devido cumprimento das normas estabelecidas nesta portaria.

2) - o relatório da vista realizada com parecer conclusivo , e sugestão de área de abrangência do serviço , será encaminhado à coordenação que tomará as medidas necessárias junto à Secretaria de Assistência à Saúde para efetivação do cadastramento.

3) - serão realizadas avaliações semestrais do desempenho dos hospitais cadastrados mediante informações técnica fornecidas pelos mesmos em relatório específico elaborado e encaminhado pela coordenação de normas para procedimentos de alta complexidade , que se responsabilizará pelo envio dos consolidados às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais para manifestação e verificação .

B - Normas Específicas

Serão cadastrados hospitais que fazem parte do Sistema Único de Saúde e realizam procedimentos para realização estético-funcional dos portadores de má-formação congênitas lábio-palatais e já tenham realizado .

a) - acompanhamento de 10 casos com avaliação documentada dos:

- 1-) aspectos estéticos
- 2-) processo de aquisição de linguagem
- 3-) relação maxilo-mandibular antero-posterior e transversal (clínica e cefalométrica)
- b) - acompanhamento de pelo menos 05 casos finalizados com documentação completa.

1.1 - Instalações Físicas

- unidade de internação para crianças e adultos.
- centro cirúrgico com salas equipadas com oxigênio, respirador, ácido nitroso, monitor cardíaco, bisturi elétrico, desfibrilador e carro de anestesia .
- sala de recuperação dentro do bloco cirúrgico equipada com monitor cardíaco e desfibrilador, além de outros materiais e medicamentos necessários às urgências de outros materiais e medicamentos necessários às urgências cardíaco-respiratórias.
- sala para pequenas cirurgias (dentisterias) .
- consultórios odontológicos equipados com aparelho de RX e equipamentos apropriados para realização de cirurgias buco-maxilo-facial e implantes (esterelizadores e contra angulo com redutor de velocidade).
- sala de exame especializada em fonaudiologia exclusiva e silenciosa.
- sala para videofluoroscopia .

1.2 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

- Laboratório de Patologia Clínica
- Laboratório de Prótese
- Laboratório de Ortodontia
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Serviço de Prontuário de Paciente
- Serviço de Documentação com capacidade de documentar a sequência do tratamento executado (slides), - fotografias e rx odontológico .

1.3 - Equipamentos:

- audiômetro
- impedanciômetro
- aparelho de raio X para tele PA e ortopantomografia
- aparelho de raio X para radiografia periapical e oclusal
- Nasofaringoscópio
- Videofluoroscopia

Para Implantologia:

- aparelho com micro-motor com redutor de velocidade
- aparelho de ultra-som para limpeza de instrumentos
- estufas
- cadeira odontológica com controle no pé , além de material de consumo em sistemas ósseo integrados de implantes.

Para Cirurgia Buco-maxilo-facial

- sugador de sangue a vácuo
- serra elétrica para cirurgia crânio-facial
- iluminador frontal (foco), além de material de bloqueio maxilo-mandibular

São Hospitais que possuem Serviços de:

- anestesia
- cirurgia plástica estético reparadora
- otorrinolaringologia
- clínica médica
- pediatria
- fonoaudiologia
- psicologia
- fisioterapia
- enfermagem
- serviço social
- nutrição
- odontologia geral
- odontopediatra
- ortodontia
- prótese e implantologia
- cirurgia buco-maxilo-facial
- atendimento familiar

Os profissionais médicos e de odontologia responsáveis pelos serviços específicos, deverão possuir título de especialista na área afim. No caso específico da implantologia são válidos certificados de cursos de credenciamento em sistemas ósseo-integrados.

Os profissionais de nível técnico na área de odontologia deverão ser:

- protéticos devidamente registrados no conselho federal de odontologia, com experiência em próteses extra-orais.
- auxiliares e/ou higienistas dentais com o seu registro no conselho federal de odontologia ou de reconhecida capacidade.

Os profissionais de fonoaudiologia devem apresentar comprovante de treinamento de no mínimo 320 horas ao longo de 02 meses.

Esta portaria entrará em vigor da data de sua publicação.

GILSON DE CASSIA MARQUES DE CARVALHO

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 0365/06

I – Identificação:

- **Título do Projeto:** AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NA ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL AO PORTADOR DE FISSURA DE LÁBIO E/OU PALATO NO ESTADO DE SANTA CATARINA
- **Pesquisadores Responsáveis:** Arno Locks, Dr. e Daniela Lemos Carcereri, Dr^a.
- **Pesquisador Principal:** Daniela Lorenzoni
- **Data Coleta dados:** 03/2007 a 06/2007
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** NAPADF – Núcleo de Atendimento a Pacientes Portadores de Deformidades Faciais - UFSC

II - Objetivos:

- Geral:

Buscar saber das fragilidades e potencialidades para referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato para auxiliar na obtenção de um tratamento integral, mais resolutivo, humano e de melhor qualidade visando integrar esses indivíduos à sociedade.

- Específicos:

Verificar se esses pacientes procuram atendimento e são atendidos em outros fora dos centros especializados;
Buscar saber as dificuldades de acesso enfrentadas pelos portadores de fissura de lábio e/ou palato;
Detectar as necessidades existentes na rede básica e nos centros especializados para o atendimento a essa população.

III - Sumário do Projeto

O estudo será realizado através de dois questionários a serem respondidos o primeiro, por cirurgiões dentistas da rede pública de Santa Catarina, que terá objetivo quantitativo sobre portadores sendo atendidos e o segundo, por profissionais, pais ou responsáveis de portadores de fissura de lábio e/ou palato que estão sendo atendidos no NAPADF com objetivo mais qualitativo.

Quanto aos familiares, estima-se uma amostra de 100 entrevistas, estabelecida de acordo com a media de pacientes que serão atendidos pelo NAPADF durante o período da coleta de dados. Quanto aos profissionais estima-se obter uma amostra de 900 questionários respondidos distribuídos aleatoriamente entre cirurgiões dentistas da rede pública de Santa Catarina.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 0365/06

Espera-se, através do conhecimento das fragilidades e potencialidades para referência e contra-referência na atenção à saúde bucal ao portador de fissura de lábio e/ou palato, poder sugerir soluções para a obtenção de um tratamento mais INTEGRAL, RESOLUTIVO, HUMANO e de melhor QUALIDADE visando integrar esses indivíduos à SOCIEDADE.
 “A pesquisa não trás riscos ou desconforto, apenas toma um pouco de tempo dos participantes.

IV - Comentário

A pesquisa da pós-graduação em odontologia apresenta tema atual e relevante, o projeto está bem redigido e fundamentado, os pesquisadores estão capacitadas ao seu desenvolvimento, o local da amostra é relevante para o meio acadêmico e o protocolo contém todos os documentos necessários para a análise. Porém, as amostras sugeridas estão superestimadas e, no prazo estabelecido para a pesquisa, dificilmente serão atingidas, o que não atrapalha a pesquisa no ponto de vista ético de pesquisa com seres humanos. Sugere-se, porém, que a pesquisadora principal tenha currículo na plataforma lattes.

V – Parecer CEP:

- ☒ (X) aprovado
- ☐ () aprovado ad- referendum
- ☐ () reprovado
- ☐ () com pendência (detalhes pendência)*
- ☐ () retirado
- ☐ () aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade ou maioria, em reunião deste Comitê na data de 18 de dezembro de 2007.

Vera Lúcia Bosco

Vera Lúcia Bosco
 Coordenadora do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.